UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE-PHARMACIE

ANNÉE 1969 - N° 2

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBROMES OSSIFIANTS DES MAXILLAIRES

Travail du Service d'Odonto-Stomatologie du C. H. U. de Mustapha

THESE

POUR LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement
le Juin 1969

par

BOUCHOUCHI Mokrane

né le 9 Avril 1925 à KSAR-CHELLALA

CHIRURGIEN-DENTISTE

ASSISTANT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE-PHARMACIE

MEMBRES DU JURY

M. M. AOUCHICHE, Professeur de Clinique Ophtalmologique et d'Ophtalmologie Intertropicale, Doyen de la Faculté . . . . . Président

M. R. GOUIRIC, Maître de Conférences Agrégé (Stomatologie) . . . . .

M. B. MENTOURI, Maître des Conférences Agrégé (Chirurgie-Générale) . . } JUGES

M. M-L. KEBBOUCHE, Maître des Conférences Agrégé (Hygiène et Hydrologie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542711_0014

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE-PHARMACIE
ANNÉE 1969 - N° 2

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBROMES OSSIFIANTS DES MAXILLAIRES

Travail du Service d'Odonto-Stomatologie du C. H. U. de Mustapha

THESE

POUR LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement
le Juin 1969

par

BOUCHOUCHI Mokrane
né le 9 Avril 1925 à KSAR-CHELLALA
CHIRURGIEN-DENTISTE
ASSISTANT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE-PHARMACIE

MEMBRES DU JURY

M. M. AOUCHICHE, Professeur de Clinique Ophtalmologique et d'Ophtalmologie Intertropicale, Doyen de la Faculté . . . . . Président

M. R. GOUIRIC, Maître de Conférences Agrégé (Stomatologie) . . . .
M. B. MENTOURI, Maître des Conférences Agrégé (Chirurgie-Générale) . . } JUGES
M. M-L. KEBBOUCHE, Maître des Conférences Agrégé (Hygiène et Hydrologie)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

JE DEDIE CETTE THESE :

A MES PARENTS

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. AOUCHICHE

PROFESSEUR de CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

et d'OPHTALMOLOGIE INTERTROPICALE

DOYEN de la FACULTE de

MEDECINE ET DE PHARMACIE

En hommage à l'Intérêt qu'il nous porte en acceptant de présider notre Thèse.

Il a toujours été pour nous un exemple et un guide durant nos études.

Que ce travail lui témoigne notre profonde gratitude et notre admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE R. GOUIRIC

MAITRE de CONFERENCES AGREGE de
STOMATOLOGIE

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans son élaboration.

Nous lui devons en particulier le chapitre de thérapeutique chirurgicale des fibromes des maxillaires et il nous a donné l'occasion d'apprécier sa technique opératoire remarquable dans la chirurgie des tumeurs.

En respectueux hommage pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE B. MANTOURI

MAITRE de CONFERENCES AGREGE de

CHIRURGIE GENERALE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de juger cette thèse.

Nous avons été sensible à la confiance qu'il a placée en nous.

En hommage pour l'accueil qu'il nous a reservé et les conseils clairvoyants qu'il nous a toujours prodigués.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE M.L. KEBBOUCHE

MAITRE de CONFERENCES AGREGE

d'HYGIENE et d'HYDROLOGIE

Qui a bien voulu
accepter de juger notre
thèse.

En hommage pour
l'amitié qu'il nous a
toujours témoignée tout le
long de nos études et pour
ses encouragements auxquels
nous avons été très sensibles.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BATAILLE

STOMATOLOGISTE des HOPITAUX de PARIS

PROFESSEUR au COLLEGE de

MEDECINE des HOPITAUX

En témoignage de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a dispensé et pour l'intérêt qu'il nous a accordé.

Que cette thèse lui exprime notre haute estime.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.C. VIGNEUL

STOMATOLOGISTE des HOPITAUX de PARIS

PROFESSEUR au COLLEGE de

MEDECINE des HOPITAUX

Qui nous a donné de précieux conseils pour l'élaboration de cette thèse.

En témoignage de nos sentiments amicaux et de nos remerciements chaleureux.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE

à

L'ELABORATION DE CETTE THESE

NOUS CONDUIRONS CETTE ETUDE SELON LE PLAN SUIVANT :

PREMIERE PARTIE :

I. INTRODUCTION

II. HISTORIQUE

III. DEFINITION - HISTOGENESE

IV. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

V. PATHOGENIE

DEUXIEME PARTIE :

I. SIGNES CLINIQUES

II. SIGNES RADIOLOGIQUES

III. DIAGNOSTIC POSITIF

IV. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

V. THERAPEUTIQUE

VI. OBSERVATIONS

VII. CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons se propose l'étude des fibromes ossifiants à partir de trois cas observés à l'Institut Odonto Stomatologique d'Alger (Pavillon Lisfranc) et d'une série de treize observations publiées séparément dans différentes langues. Ces tumeurs des maxillaires sont extrêmement rares.

Longtemps confondus avec des ostéopathies fibreuses à localisation maxillaire, les fibromes ossifiants posent des problèmes particuliers qui ne semblent pas, à l'heure actuelle, définitivement résolus.

Déjà, au premier abord, les opinions divergent quant à l'appelation : fibrome ossifiant ou ostéogénique, ostéite fibreuse, dysplasie ostéo-fibreuse, fibro-ostéome, ostéo-fibrome, ostéome fibro-ostéoïde, ostéome ostéoïde géant, ostéoblastome bénin.

Cette abondance de terminologie est le reflet de l'embarras des auteurs devant la méconnaissance du processus étiologique.

Elle traduit également une incertitude aussi bien dans l'étude pathogénique, histologique, radiologique de cette affection que sur ses possibilités évolutives et son traitement.

.../..

Ainsi, les limites nosologiques du fibrome ossifiant des maxillaires seront malaisées à définir.

Ce qui pourrait justifier, sans doute, l'exceptionnelle rareté de cette maladie.

Des publications fragmentaires parues ces dernières années, dans différents pays, tendent à montrer que le fibrome ossifiant se présente comme une entité anatomo-clinique distincte qui entre dans le cadre des tumeurs bénignes des maxillaires à évolution très lente, à tendance extensive mais rarement récidivante.

Cette individualité se manifeste également sur le plan histologique témoignant d'un processus bénin.

Sur le plan radiologique, l'image révèle des aspects qui la distinguent des néoformations tumorales des maxillaires mais qui, toutefois, illustrent par leur diversité, les variantes anatomo-pathologiques propres au fibrome ossifiant.

Notre but est de faire le point des connaissances actuelles sur le fibrome ossifiant, conscient des difficultés à réaliser une unanimité sur une affection dont on ignore la génèse exacte.

II-/ISTORIQUE

Ambroise Paré fut, semble-t-il, le premier à attirer l'attention sur les fibromes des maxillaires.

Mais, il décrivait surtout des fibromes dits périphériques qui sont, en fait, des épulis fibreuses.

Observés sur les maxillaires par Dupuytren au début du 19ème siècle (1800), les fibromes paraissent avoir été individualisés plus tard par Trennery (1850).

Ils furent ensuite étudiés par le Dentu, Ombredanne et Delbet notamment.

Il faut cependant remarquer que ces fibromes situés soit dans les maxillaires soit dans les os longs correspondent à des ostéopathies fibreuses localisées, notamment à la dysplasie fibreuse des os qui ne fut individualisée qu'en 1942 par Jaffe et Lichtenstein.

Selon Padovani, au niveau des maxillaires, le fibrome est une tumeur très rare qui ne représente pas une entité anatomo-clinique bien définie.

Il divise ces productions fibreuses en fibromes vrais et en fibromes ossifiants.

.../..

C'est Geschickter et Copeland qui montrent que le fibrome ossifiant est une tumeur bénigne qui peut se transformer en ostéome ostéoïde mais qui est bien différent du fibrome pur, des tumeurs à myéloplaxes fibreuses et des formes mono-osseuses des ostéopathies fibreuses.

Aux 30 cas colligés par Geschickter et Copeland s'ajoutent chez les anglo-saxons 12 cas observés par Schlumberger et 9 cas par Ward.

Puis on découvre une série d'observations publiées isolément par Lichtenstein, Mallory, England, Cooke et Powers, Rushton, Leshin, Phemister et Grimson.

L'auteur américain Kurt Thoma fait une étude très poussée de ces tumeurs fibreuses.

Herzog et Waldron publient également quelques cas de fibrome ossifiant des maxillaires.

Puis, Dechaume et son école, CERNEA, Bataille, Vigneul et Parent, Cachin, se penchent sur le fibrome ossifiant.

Certains auteurs comme Ewing, Mallory, Schlumberger et Manuel pensent que le fibrome ossifiant est une forme

.../..

isolée de la tumeur à myéloplaxes et qu'il s'agit de l'évolution de celle-ci vers une forme fibreuse cicatricielle.

Geschickter et Copeland, Phemister et Grimson déjà cités ne situent pas les fibromes ossifiants dans les dysplasies fibreuses des os.

Il s'agit selon eux d'ostéofibrome. Du même avis sont les auteurs italiens Arménio, Palazzi, Baratiéri.

Lecène et Sabrazes estiment que le fibrome qu'il soit vrai ou ossifiant est très rare : il se manifeste dans le sinus avec une symptomatologie muette et se situe le plus souvent à la mandibule au niveau de la branche horizontale ou à l'angle.

Cernéa, Wawro et Reed, Sonesson, Dechaume, Charron et Buisson, publient quelques observations sur les fibromes bigarrés : les fibromyxomes.

Les fibromes prennent naissance soit à partir du tissu osseux soit à partir du tissu dento-formateur.

On pourrait donc observer des fibromes ostéogéniques nés aux dépens du tissu mésenchymateux embryonnaire et des fibromes odontogéniques nés des cellules mésenchymateuses du follicule dentaire.

.../..

Thoma pense qu'une métaplasie des tumeurs de la lignée conjonctive peut donner des tumeurs bigarrées pouvant être étiquetées fibromyxome ou fibrochondromyxome.

Egalement on pourra constater la formation d'un neuro-fibrome avec des proliférations fibroblastiques intenses étouffant presque en totalité des cellules nerveuses et pouvant être assimilés à un véritable fibrome.

L'anglais R. Spitzer décrit la présence d'un cas de fibrome ossifiant de la tubérosité du maxillaire associé à une molaire ectopique.

S.W Goh cite le cas rare d'un fibrome pur de la mandibule chez un enfant de quatre ans.

Selon lui, cette tumeur peut provenir de n'importe quel tissu mésenchymateux y compris celui de la dent et de la gaine périneurale.

Il pense que le cas qu'il a observé tiendrait son origine du tissu mésenchymateux de l'os.

I) DEFINITION

Le terme de fibrome ossifiant des maxillaires a été suggéré par Phemister et Grimson.

Nous pouvons définir le fibrome ossifiant des maxillaires comme une tumeur bénigne ou prétendue telle à évolution le plus souvent lente, à la fois destructrice et constructrice du tissu osseux, épargnant généralement dans son développement les corticales, constituée macroscopiquement par un tissu rougeâtre, blanchâtre par endroits, peu hémorragique et représentée histologiquement par un tissu riche en fibroblastes et en tissu osseux mais ne présentant jamais de mitoses atypiques ni de monstruosités nucléaires.

Aucun des auteurs étrangers n'aurait constaté de dégénérescence spontanée de cette tumeur.

Cependant dans un cas (Obs. n°1) nous avons remarqué après un curetage suivi de biopsie, une poussée ostéolytique rapide ayant nécessité une exérèse élargie. Mais dans la pièce opératoire, aucun élément histologique ne permettait d'observer une dégénérescence secondaire à un curetage qui avait néanmoins donné un coup de fouet à l'évolution de la lésion.

.../..

II- HISTOGENESE

En étudiant le fibrome ossifiant, on remarque que les auteurs et surtout les américains ne parlent pas le même langage. Certains, en effet, identifient le fibrome ossifiant au fibrome odontogénique ou bien en font une variété de fibrome pur qui se manifeste très souvent sous des formes bigarrées : fibromyxome, neuro-fibrome, tout en présentant par endroits à la périphérie quelques formations calcifiées avec des ostéoblastes.

Un certain nombre de théories tentent d'expliquer l'histogénèse des fibromes ossifiants.

Dans les pays anglo-saxons où sa description est assez fréquente, le fibrome ossifiant serait une forme localisée d'une ostéopathie d'origine inconnue atteignant le maxillaire.

Jaffe et Lichtenstein, en 1942, l'ont présenté comme une dysplasie fibreuse à localisation parfois maxillaire qui peut être mono-osseuse.
Mais, il faut en séparer le syndrome d'Albright qui est une maladie à foyers osseux multiples, suivie de manifestations endocriniennes et cutanées. Par ailleurs, des syndromes d'acromégalie et d'hyperglycémie peuvent exister.

.../..

Théorie de l'origine osseuse

Geschickter et Copeland pensent qu'il s'agit d'une tumeur bénigne le plus souvent solitaire présentant une évolution vers l'ostéome ostéoïde. Ce dernier étudié par De Sèze est constitué d'un tissu conjonctif hyperhémié, envahi par les ostéoblastes et les ostéoclastes puis par des travées ostéoïdes et du tissu osseux.

I) ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1°/ EXAMEN MACROSCOPIQUE :

C'est une lésion solitaire. Elle est endo-osseuse. Le condyle oppose à la tumeur une barrière solide. Elle détruit par ostéolyse et se développe vers les corticales. Cette évolution peut évoquer la tumeur maligne.
Mais, nous n'avons pas trouvé d'éclatement périosté.

COULEUR DU TISSU TUMORAL - rougeâtre, uniforme mais présentant par endroits un tissu de couleur jaunâtre et blanchâtre.

CONSISTANCE :

- Dans l'observation n°1, ferme, charnue, granuleuse au toucher, se laissant cliver au doigt et séparer du périoste par décollement. On trouve à la section des travées osseuses résistantes.

- Dans l'observation n°3, le processus d'ossification était en un point très avancé sur la branche horizontale de la mandibule qu'il a fallu utiliser la pince gouge et la gouge pour enlever la matière spongieuse faisant songer à l'ostéome.

.../..

Sur un autre point de la tumeur se développant sur la partie vestibulaire du bloc incisif, on retrouvait sous le périoste refoulé par une tumeur grosse comme un oeuf de poule l'aspect charnu et fibreux avec des zones rougeâtres et jaunâtres rappelant celui de l'obs. n°1.

Cette tumeur vieille de vingt ans qui évoluait sans douleur expliquerait peut être la filiation entre le fibrome ossifiant riche au début en fibroblastes à consistance molle et l'ostéome ostéoïde, se transformant peu à peu par apport calcique en ostéome compact.

2°/ EXAMEN MICROSCOPIQUE

Aspect Typique : En général, les fibromes ossifiants présentant un aspect typique, sont constitués par des cellules conjonctives allongées et pourvues de prolongements qui s'anastomosent les uns avec les autres. Il existe aussi des fibres de fibroglie qui les côtoient et qui se trouvent dans la substance fondamentale. Cette dernière est constituée de fibres collagènes disposées en fascicules se divisant à l'infini en d'autres fascicules. Les fibrilles et les cellules sont distinctes les unes des autres ne présentant aucune continuité. Les vaisseaux sont largement espacés. C'est simplement une lame endothéliale qui les forme entourée de collagène. Tout l'espace compris entre les vaisseaux

.../..

est constitué par le complexe fibro-conjonctif. Mais d'un point à un autre de la tumeur, la richesse en cellules et en fibres collagènes est variable : les régions situées au centre sont plus fibreuses et les régions périphériques plus riches en collagène.

Au milieu de ces fibroblastes qui s'enchevètrent et qui foisonnent sans présenter d'éléments atypiques ou de mitoses, on trouve des ilôts d'ossifications qui montrent par endroits des plages de tissu osseux bien différencié avec des ostéoblastes. D'autres ilôts sont constitués d'ostéoïdes arrondis, avec des ostéoclastes et riches en calcium. Quand ces éléments cellulaires sont situés dans la région périphérique, ils paraissent être en continuité avec l'os environnant normal.

Aspect atypique : Il existe non seulement des travées ostéoïdes mais aussi des plages comprenant des ostéoblastes. C'est l'évolution décrite par Gueschickter et Copeland. On peut aussi trouver un aspect de tumeur à myéloplaxes en pleine transformation fibreuse, qui, pour cette tumeur, est un processus de guérison. On trouve des cellules géantes polynuclées pouvant peut être se vacuoliser pour former un capillaire à moins que ce capillaire ne soit détruit par le fait du pouvoir phagocytaire de ces cellules. Les cellules multinuclées sont alignées autour des vaisseaux.

.../..

Il est rare dans la lignée conjonctive que la transformation fibreuse existe dans sa pureté : les plages myxoïde ou chondroïde peuvent manifester leur présence. Il n'en existait pas cependant dans nos observations.

Mais, il faut avouer une méconnaissance complète du processus étiologique. Le fibrome ossifiant est-il une dysembryoplasie ou harmatome des auteurs de langue allemande ?

- Résulte-t-il d'un traumatisme avec les sequelles inflammatoires qui l'accompagnent ?

- Cette dyplasie est-elle secondaire à un trouble circulatoire antérieur qui aurait guéri mais à la suite duquel la tumeur se serait constituée et aurait évoluée pour son propre compte ?

La distinction à un certain moment de son évolution entre fibrome et ostéome est extrêmement difficile. Dans notre observation N° 3, apparaît la filiation entre le fibrome ossifiant et l'ostéome. Le fibrome ossifiant avec ses caractères macroscopiques, les plages molles de localisation symphysaire et sur la partie voisine située sur la branche horizontale, la fermeté de la tumeur qui fait déjà songer à une réactivation de l'ostéogénèse médullaire qui fait prévoir la constitution de l'ostéome. D'où la nécessité d'effectuer plusieurs prélèvements dans la masse tumorale pour que le diagnostic ne s'égare pas vers les tumeurs osseuses : toutes les variétés d'ostéomes et aussi la tumeur à myéloplaxes fibreuses ou même le fibrome pur. .../..

Dans d'autres variétés de fibrome ossifiant Thoma a relevé l'existence de formes denses situées sur la branche horizontale et à l'angle de la mandibule, constituées par des amas de lamelles ostéoïdes séparées par des plages de tissu fibroblastique tourbillonnant.

Smith et Zavaletta, Laffargue en Afrique du Nord ont noté la filiation qui existait entre le fibrome ossifiant et l'ostéome.

Dans la prolifération fibrocytique de la tumeur, des travées osseuses naissent par un processus d'ossification membraneuse. "Elle est en tout point semblable, ajoutent-ils, à celle que l'on observe dans la mandibule du foetus vers le 4e mois de la vie intrautérine".

Mais on remarque des aspects différents selon que prédomine le fibroblaste ou l'ostéoblaste.

Au début, l'ossification n'est qu'ébauchée. Plus tard, on trouve "des lamelles osseuses avec ostéocytes, travées de Harveis et ossification accomplie".

Au stade d'ossification achevée, le fibrome ossifiant est de même nature que l'ostéome.

.../..

// A T H O G E N I E

- L'école américaine a tendance à réunir dans un groupe unique : dysplasie fibreuse, fibrome pur et fibrome ossifiant-.

I. THEORIE TUMORALE

Le fibrome ossifiant est une tumeur, mais une tumeur bénigne avec des caractères particuliers :

1°) Sa prolifération aboutit à la destruction osseu
Elle détruit l'os (Obs. n° 1) ne lèse pas le périoste qui se déforme mais qui limite l'évolution de la tumeur en dehors des cortical

2°) Il existe des formes ostéolytiques (obs. n°6) qui récidivent après l'exerèse, et cela très rapidement (obs. n° 1).

3°) Il n'a pas encore été observé de métastases.

4°) La tumeur ne récidive pas après son ablation chirurgicale sauf dans 15 à 20 % des cas.

.../..

II. THEORIE NON TUMORALE

- Hyperplasie :

Le fibrome ossifiant peut être le résultat d'un traumatisme ou d'une inflammation. Le voisinage dentaire l'expliquerait : traumatismes quotidiens répétés, inflammation dûe aux dents cariées, traumatisme et inflammation provoquant du tissu de granulation avec présence d'hystiocytes. Ce tissu subit la transformation fibreuse puis ostéoïde.

Le fibrome ossifiant prendrait naissance dans la moelle osseuse ou bien pourrait se développer à partir du tissu conjonctif juxta périosté puis évoluer à l'intérieur (Copeland et Geschickter).

III. THEORIE EMBRYONNAIRE

Une inclusion de cellules du tissu conjonctif embryonnaire pourrait également donner naissance au fibrome ossifiant. De toute façon, ce sont les structures mésenchymateuses des maxillaires qui sont à l'origine de la production de fibromes et aussi les cellules de la gaine périneurale. Elles formeraient ensuite des structures osseuses.

Sa situation peut être centrale ou périphérique (au début) mais lorsqu'il évolue, il occupe la mandibule

.../...

et les cavités aériennes du maxillaire supérieur.

Heslop, Wilkinson, Pollak pensent que les productions fibreuses des maxillaires proviennent soit de la région sous périostée dont le potentiel ostéogénique est bien connu soit des cellules mésenchymateuses voisines. Celles qui sont voisines des follicules dentaires donneront un fibrome odontogénique alors que celles qui bordent la région périneurale : un neuro-fibrome.

Si les cellules sollicitées sont voisines de l'ostéoblaste il se produira un fibrome ossifiant. Et ils pensent que le fibrome central ainsi que le fibrome périphérique peuvent être soit des fibromes purs soit ossifiants. Tout dépend du degré de différenciation des cellules, les plages ostéoïdes étant produites par les cellules plus différenciées, le tissu fibreux par les cellules non différenciées.

IV. FORMATION par un PROCESSUS d'HYPERPLASIE DOUBLEE de METAPLASIE OSSEUSE

Les fibromes ossifiants pourraient être comparés aux ostéomes musculaires des cavaliers qui se développent au contact d'un foyer de myosite et qui se produisent par métaplasie des cellules conjonctives comme dans l'os embryonnaire.

On pourrait penser avec Leriche et Policard qu'après organisation d'un caillot sanguin,

.../..

un retour à l'état embryonnaire en résulterait.

Il se formerait du tissu fibreux aux dépens des fibroblastes du tissu de granulation, le tissu subissant secondairement une surcharge calcaire.

C'est la théorie des granulations qui s'ossifient défendue par Delbeau et Kronenberg.

// IGNES // LINIQUES

La phase de latence est souvent longue car la tuméfaction est d'évolution lente et progressive. Elle peut être rapide après un traumatisme ou un acte bippsique. Dans notre obs. n°3, lorsque la malade est venue consulter, il y avait 20 ans que la tumeur évoluait insensiblement, indolore.

La phase de latence peut donc être de longue durée surtout quand elle est située au maxillaire supérieur et qu'elle présente une symptomatologie sinusienne. C'est donc très lentement que l'on entre dans la phase de tuméfaction et de déformation.

La branche horizontale de la mandibule qui paraît être le plus souvent atteinte se souffle. La déformation peut atteindre l'angle (obs. n° 1, N° 10, n° 11,) le bloc incisif (obs. n° 1, 7, 8, 9) puis progresse vers la branche montante ; mais, elle est arrêtée par le condyle (obs. n°1).

La tumeur peut atteindre un volume très important occupant l'angle et la branche horizontale. Elle présente souvent une évolution vestibulaire.

.../..

Sur la symphyse, la tumeur avait la grosseur d'un oeuf de poule projetant la langue vers le palais dur, (obs. n°3), Cependant l'ouverture de la bouche n'est pas gênée.

L'examen endo-buccal montre une muqueuse de coloration normale mais refoulée, quelquefois amincie, jamais ulcérée.

La déformation des maxillaires peut être importante. Au maxillaire supérieur, lorsque la localisation est sinusienne et que la tumeur a franchi les limites du sinus, la tuméfaction n'est pas douloureuse. Le nerf sous-orbitaire conserve sa sensibilité. A la palpation, on ne sent plus la résistance osseuse de la fosse canine mais plutôt une consistance élastique quelquefois dépressible, quelquefois ferme et dure.

L'adénopathie recherchée dans les aires ganglionnaires carotidiennes sous-mentales, sous engulo-maxillaires et sous-claviculaires est absente.

L'examen du nez peut montrer une obstruction partielle ou complète, la paroi inter-sinuso-nasale et la lame des cornets étant accolée à la cloison nasale et à la lame perpendiculaire de l'éthnoïde. Il peut exister aussi une exophtalmie objectivant l'usure du plancher de l'orbite

.../..

et le refoulement du globe oculaire par la masse tumorale, A la mandibule, élargissement des deux tables avec, peut être, une déformation maxima pour la table externe. Il n'y a pas de signe de Vincent. La ponction est blanche.

Etat dentaire :

Il est défectueux. Le plus souvent, il existe des dents atteintes de carie. D'autres sont mobiles avec des malpositions. Mais la vitalité des dents au voisinage de la tumeur éveille l'idée d'une tumeur indépendante du système dentaire.

Evolution :

Elle est le plus souvent lente. Dans notre obs. n°3, l'évolution s'étend sur plus de vingt ans et l'absence de signes fonctionnels permet à la tumeur de se développer d'une façon considérable.

Cependant, dans un cas (obs. n°1), la jeune malade se plaignait de vives douleurs de type névralgie faciale intéressant le maxillaire inférieur. C'est ce signe subjectif qui l'avait amenée à consulter. La déformation n'inquiétait ni la malade ni la famille. Un curetage par voie endo-buccale avait été suivi d'une réaction inflammatoire importante. La radiographie avait montré l'existence d'une forme puissamment ostéolytique.

.../..

La tuméfaction avait doublé de volume en six mois et la tumeur était menacée d'ulcération par les dents l'arcade entagoniste. Il n'a pas été remarqué d'évolution de la tumeur dans la région temporale par la voie du coroné pour les tumeurs siégeant sur la mandibule.

Il n'a pas été constaté de fracture pathologique dans son évolution.

Formes cliniques suivant la localisation :

A la mandibule, c'est la localisation la plus fréquente avec une affinité pour les régions prémolaires et le bloc incisif, l'angle est ensuite atteint.

La localisation peut être bilatérale en avol ^^ et occuper à la fois l'angle, la branche horizontale et la région mentonnière débordant sur le côté opposé.

Ces tumeurs paraissent se développer aussi bien sur une région non dentée (angle avec évolution vers la branche montante) que sur une région dentée.

Au maxillaire supérieur :

Les anglo-saxons, qui, dans leur historique ne mentionnent pas les publications européennes, notent que les localisations au maxillaire supérieur sont plus rares. Elles viennent après les localisations au rachis, sur l'arc

.../..

postérieur des vertèbres et au niveau de l'extrémité des os.

Elles ont été observées sur le palatin (Held), sur la tubérosité du maxillaire, dans le sinus maxillaire, dans le massif facial (Cachin), évoluant comme un fibrome naso-pharyngien, refoulant l'apophyse cristagalli, et, occupant les sinus ethmoidal et sphenoidal mais présentant ce caractère d'être fortement vascularisée donc très hémorragique à l'exérèse.

Dans le sinus maxillaire, elle peut s'étendre dans des régions chirurgicalement inaccessibles comme la fosse pterygo-maxillaire. Elle peut évoluer aussi vers la base du crâne.

SIGNES RADIOLOGIQUES

Nous avons individualisé 4 formes radiologiques :

1°/ La forme trabéculaire : on trouve des images lacunaires plus ou moins rapprochées, à contours faiblement ébauchés, séparées par des plages plus denses présentant un aspect alvéolaire. Dans les formes anciennes, la limite de la tumeur est linéaire et bien marquée.

2°/ La forme pseudo-dystrophique : avec des images claires simulant un aspect kystique pluri-loculaire, fibrogéodique par endroits mais condensante à d'autres avec cet aspect éburné de l'ostéome spongieux ou compact.

3°/ Une forme cloisonnée semblable à celle de la tumeur à myéloplaxes.

4°/ La forme ostéolytique : c'est la forme des tumeurs très extensives. L'ostéolyse est totale. Le périoste est respecté ainsi que le condyle.

Au maxillaire supérieur on trouve la forme ostéolytique occupant le sinus ethmoïdal antérieur et postérieur, luxant l'oeil, repoussant l'apophyse cristagalli.

.../..

A la mandibule on observe la forme trabéculaire, ou pseudo-dystrophique, quelquefois la forme ostéolytique.

Aidé des incidences classiques du "maxillaire défilé", il est bon de prendre des films intrabuccaux qui renseigneront sur la structure de l'os. On procèdera aux agrandissements nécessaires. Les radiographies du crâne, face, profil, seront indispensables pour éliminer les lésions des dysplasies fibreuses qui sont rarement mono-osseuses.

La tomographie rendra d'utiles services : elle précise le plus souvent les images obtenues par les incidences classiques. Les coupes sagittales montrent des lacunes séparées par des zones denses qui sont des zönes ossifiées.

//) I A G N O S T I C //) O S I T I F

Il se discute en présence des signes cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques, signes qui s'affirment pendant l'évolution de la tumeur.

L'examen clinique permettra de conclure qu'il existe une tumeur, qu'elle est indépendante du système dentaire, qu'elle est dure ou élastique à la palpation, que la ponction est blanche.

Au point de vue radiologique, son métissage, la présence de plages remaniées avec des travées osseuses devrait permettre d'éliminer les améloblastomes.

Les tomographies où l'on ne trouve jamais, même dans les formes ostéolytiques où les corticales sont détruites, un éclatement du périoste, éclairent le diagnostic.

L'examen anatomo-pathologique aidera au diagnostic. LA présence de zones fibreuses blanchâtres avec par endroits une consistance solide évoque le fibrome ossifiant ; mais le prélèvement large et effectué dans plusieurs points de la tumeur sera indispensable pour avoir la certitude de cette variété de fibrome.

.../..

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le fibrome ossifiant, étant une tumeur rare, les erreurs de diagnostic sont multiples.

On peut éliminer facilement les tumeurs extra-maxillaires : lipomes, tumeurs parotidiennes, adenopathies.

Les ostéites et les ostéopériostites seraient d'un diagnostic plus difficile si l'on ne songeait à examiner la vitalité des dents. Les formes pseudo-inflammatoires sont tellement rares dans le fibrome ossifiant qu'on peut éliminer rapidement les ostéo-phlegmons, les kystes infectés.

Les sarcomes primitifs chez le jeune devront être discutés surtout quand il s'agit d'une forme ostéolytique. Leur évolution, leur aspect macroscopique et radiographique sont évocateurs.

On éliminera plus facilement les métastases d'épithéliomas glandulaires qui ont aussi des images lacunaires à bords flous, ouatés, grignotés.

L'améloblastome avec son aspect multiloculaire où les géodes sont cependant bien circonscrites par une ligne cuviligne d'os condensé avec également un nerf dentaire refoulé vers le bord basilaire, et, une situation souvent à l'angle de la mandibule.

.../..

Les tumeurs à myéloplaxes montrent également des images multiloculaires. La localisation est généralement sur la branche horizontale.

Lorsque la tumeur à myéloplaxes subit une transformation fibreuse le diagnostic est très difficile même avec un examen anatomo-pathologique car on trouve de nombreuses cellules géantes en bordure ou au centre des travées fibroblastiques. Et l'aspect radiologique cloisonné de la tumeur à myéloplaxes s'apparente à celle du fibrome ossifiant. La présence de travées osseuses fait le diagnostic.

Les images cloisonnées feront aussi discuter le myxome intra-osseux dont Thoma a décrit des images polygéodiques : tumeur le plus souvent métissée où l'on trouve des plages fibromateuses pures, avec d'autres plages chondromyxoïdes.

Ce sont des tumeurs très rares dont la localisation est la même que celle des fibromes ossifiants et dont la symptômatologie est identique. Les images radiologiques présentent plusieurs aspects mais Cernéa et Thoma ont individualisé une forme quadrillée qui serait pathognomonique.

Le chondrome qui présente aussi cette particularité d'être une tumeur dure, ferme, quelquefois bosselée mais dont la radiographie montre souvent des géodes avec des points d'ossification qui élaborent du tissu osseux le transformant en ostéochondrome mais dont la prolifération

chondroblastique à une potentialité évolutive qui fait songer à la tumeur maligne (Geschickter et Copeland).

Le diagnostic qui se pose le plus souvent est celui de la dysplasie fibreuse des os de Jaffe et Lichtenstein dans sa forme mono-osseuse alors que le syndrome d'Albright présente, en plus, des phénomènes endocriniens et cutanés.

Les lésions sont le plus souvent mandibulaires. La déformation est indolore. Lorsqu'elle est importante au maxillaire supérieur, elle évoque le léontiasis osséa qui serait unitéral mais le sinus maxillaire est envahi et le globe oculaire luxé.

L'aspect radiologique est souvent fibrogéodique, et des zones de condensation peuvent séparer les géodes. Ces lésions sont souvent associées à des lésions du crâne : la base du crâne s'opacifie et la voûte présente des lésions kystiques radioclaires.

Comme dans le fibrome ossifiant les signes humoraux sont nuls : la recherche de la calcémie, phosphorémie, phosphatases, donne des résultats normaux.

Ainsi, pourront être éliminées la maladie de Paget et surtout la maladie de Recklinghausen.

.../..

Dechaume a cité quelques cas de maladie de Reklinghausen débutant par une lésion maxillaire unique, avec opacité homogène à la radiographie parsemée de clartés polykystiques qui sont les images claires de décalcification.

Le diagnostic se fait en examinant l'état humoral : l'hypercalcémie, l'hypophosphorémie liée à un adénome ou une hyperplasie parathyroidienne.

Electrophorèse et immunoelectrophorèse normales.
Les phosphatases sériques sont toujours élevées au dessus de 12 unités Bodansky, car elles témoignent la destruction osseuse.

Le Myélome ou maladie de Kahler, est souvent multiple mais peut être solitaire. Il existe alors une tuméfaction du maxillaire mais la douleur est toujours la règle à laquelle s'ajoutent des signes généraux,: fièvre, asthénie et amaigrissement.

Oberling et Dechaume ont publié quelques cas de localisation à début maxillaire (7 cas). C'est la mandibule qui est le plus souvent atteinte au niveau de l'angle. Le maxillaire supérieur peut être lesé au niveau de la tubérosit ainsi que le palatin.

La radiographie donne des images claires à l'emporte-pièce qui traduisent une déminéralisation. On note souvent un résorption des racines dentaires en regard de la tumeur.

La radiographie peut présenter très peu de géodes. Simplement une décalcification diffuse. La fracture pathologique peut être constatée.

A un stade plus avancé, la maladie polygéodique montre dans les os du crâne, dans les côtes, les vertèbres, le bassin, son image évocatrice.

Cependant dans les formes à localisation à début maxillaire où le diagnostic est hésitant, il faudra pratiquer une biopsie osseuse, qui, mieux que la ponction sternale, montrera de nombreux plasmocytes avec des monstruosités nucléaires.

On trouvera le plus souvent une augmentation de la vitesse de sédimentation, un taux de protides sanguins élevé et l'électrophorèse des protéines sanguines sur papier montrera une tâche formée dans la zône des gamma globulines décelant l'existence d'une protéine complémentaire qui émigre vers les gamma globulines.

L'immuno-électrophorèse montre que la protéine myélomateuse est une gamma globuline et très souvent on observe une albumosurie soluble à l'ébullition.

Parmi les affections spécifiques, la syphilis peut présenter des accidents de périostite localisés aux maxillaires à la période secondaire, mais leur image radiographique n'est pas celle du fibrome ossifiant. Seule, l'hyperostose tertiaire, sequelle de la gomme, prend rapidement l'avantage sur le processus destructif gommeux.

Son aspect pseudotumoral est toujours lié à des lésions de périostite évocatrices qui doivent toujours commander les examens sérologiques.

L'actinomycose du maxillaire et de la mandibule lorsqu'ell

.../..

est centrale à évolution lente, écartant les corticales et donnant à la radio des images claires qui sont des poches kystiques, est difficile à diagnostiquer au début. Il faudra souvent recourir à la biopsie osseuse. Plus tard, à l'époque des fistules le diagnostic est évident.

Quant à la maladie de Paget qui est une entité morbide distincte, elle est avant tout une hypertrophie des os du crâne Le massif facial est intact. Cependant, la mandibule est quelquefois hypertrophiée à l'angle ou sur le bloc incisif.

Beaucoup d'auteurs ont appelé maladie de Paget tous les cas d'ostéïtes fibreuses hyperostosantes.

Certes la différence histologique est minime puisque on trouve des fibroblastes et des rangées d'ostéoblastes. Mais le fait pathognomonique c'est qu'il existe une endovascularite, l'hyperhémie vasculaire, le degré de phlébosclérose qu'a relevé Charles Ruppe dans la maladie de Paget. On trouve une augmentation des phosphatases alcalines de 20 à 150 Unité Bodansky qui traduit l'activité ostéoblastique.

LE FIBROME VRAI

Nous n'avons traité dans cette thèse que les fibromes ossifiants. Cependant, nous avons suivi dans le service de stomatologie de LISFRANC l'évolution du fibrome vrai dont les signes cliniques sont semblables à ceux du fibrome ossifiant mais dont l'évolution nous paraît bien différente.

.../..

Le fibrome vrai est une tumeur qui récidive avec plus de fréquence. Sa rapidité d'évolution est quelquefois étonnante et après quelques interventions il peut présenter des mitoses atypiques et une évolution qui fait songer à la malignité. Au point de vue histologique, il est difficile de préciser cette transformation qui peut être maligne.

Sa localisation au maxillaire supérieur a un début insidieux. L'évolution sinusienne est silencieuse. Comme elle n'est pas douloureuse, le malade ne vient consulter qu'à la période des déformations ou à la faveur d'un accident dentaire : une expulsion dentaire, un ébranlement de toute une arcade. Puis la fosse canine se comble, la joue bombe sans que l'on puisse noter des accidents douloureu

L'état général est bon. La tumeur, très évoluée, est maintenant au contact du périoste et son évolution peut s'effectuer latéralement vers la fosse pterygomaxillaire (obs. n°2), refouler la cloison inter-sinuso-nasale, user le plancher de l'orbite et provoquer de l'exophtalmie et de la diplopie sans que d'ailleurs on note un trouble de l'état général. Le palais bombe en verre de montre et le groupe dentaire (molaires-prémolaires) est egressé ou présen des malpositions.

A un stade plus avancé, la perméabilité nasale du côté de la tumeur devient nulle : l'oeil est luxé ;

.../..

la muqueuse buccale est pourtant normale ; les téguments sont seulement refoulés. La palpation donne une sensation de dureté fibreuse objectivant l'usure de la corticale externe du maxillaire et du palatin.

A la mandibule la tumeur qui écarte les deux tables très lentement refoule également le pédicule vasculo-nerveux qui se trouve déporté vers la partie basilaire. Cette tumeur peut varier du volume d'une noix à celle d'une mandarine ou d'une orange.

Si, au début, on notait une rizalyse des apex dentaires au niveau de la tumeur, au moment de la déformation, certaines dents ont maintenant disparu sur l'arcade. La base de la langue est refoulée. Les téguments bombent sur la tumeur sans modifications de couleur ou de vascularisation. Thoma a signalé quelques signes cliniques que nous n'avons pas observé : douleur et hypoesthésie labiale.

Les radiographies donnent à la mandibule une image uniloculaire plus ou moins grande : elle est très circonscrite en position maxillaire défilé et le plus souvent située sur la portion horizontale. L'image est radioclaire, par endroits, cependant, des zones plus sombres, disséminées sont séparées par des espaces clairs.
Les tomographies montrent que les zones sombres peuvent déceler quelques ilôts de calcification mais jamais l'opacité n'est dense comme dans le fibrome ossifiant.

.../..

G. Portmann avait déjà noté la ressemblance entre le fibrome pur et le fibrome nasopharyngien dont l'évolution est grave mais qui est souvent transformé par le traitement hormonal..

Histo-pathologie du fibrome vrai :

Thoma décrit le fibrome vrai comme une tumeur encapsulée non ostéogénique d'énucléation facile. Ce qui est vrai. Mais, elle récidive néanmoins malgré des curetages très appuyés et surtout lorsqu'il existe des prolongements dans la fosse pterygo-maxillaire où l'abord chirurgical est très difficile. L'éxamen anatomo-pathologique peut le décrire comme composée de nodules fibreux qui crissent sous le couteau. Ils sont disposés en nids d'abeille et ont une coloration jaunâtre ou grisâtre. Les corticales sont souvent détruites.

A l'examen microscopique, ils sont formés de fibres collagènes disposés en faiseaux plus ou moins denses et de fibroblastes. On peut trouver également des cellules multinuclées mais au début, il n'est pas habituel de trouver des mitoses ou des anomalies nucléaires qui peuvent se présenter plus tardivement au moment des récidives.

Il n'existe pas comme dans le fibrome ossifiant des travées ostéoïdes mais on aperçoit dans les préparations quelques travées parsemées d'ostéoblastes, quelques ilôts calcifiés à la périphérie. Il n'y a aucune activité ostéogénique.

Les zones jaunâtres paraissent être dues à la présence de cellules lipophages ; quant aux cellules géantes, on les trouve autour des vaisseaux, surtout, en bordure des suffusions hémorragiques.

Mais il est certain que l'absence de monstruosités nucléaires et de mitoses anormales, élimine le fibro-sarcome. Ceci est l'image-type trouvée dans l'obs. n° 17 mais le fibrome n'est pas toujours à l'état pur, il peut être habité comme le fibrome odontogénique par une métaplasie myxoïde.

Enfin l'activité fibroblastique peut être accrue. C'est ce que l'on observe dans les formes récidivantes (obs. n° 18 et 20) où apparaissent avec des mitoses, une densité fibroblastique destructrice qui est évocatrice du fibro-sarcome. Comme dans le fibrome ossifiant, l'étiologie est extrêmement controversée.

Il n'est pas douteux que l'origine se trouve dans le tissu mésenchymateux des maxillaires : la moelle osseuse, l'os qui présenterait une indifférenciation cellulaire en se transformant en tissu conjonctif adulte, la gaine périneurale et il pourrait alors se transformer en neurofibrome. Il pourrait naître également des parois artérielles, veineuses ou lymphatiques, du granulome post traumatique ou cicatriciel. Il pourrait être issu des cellules conjonctives embryonnaires incluses et enfin comme le pense

.../..

Muller le fibrome pourrait se développer aux dépens de la zone mésodermique autour des germes dentaires. Mais dans ce cas, on retombe dans le fibrome odontogénique avec ses éléments spécifiques : le cément, les perles d'ivoire.

Enfin n'existerait-il pas un trouble harmonal, une contusion capable d'en expliquer la formation ?

Le diagnostic, les signes cliniques étant les mêmes que ceux du fibrome ossifiant, ne se fera qu'avec une biopsie intra tumorale. Les prélèvements seront larges et effectués dans les diverses zones de la tumeur de la région périphérique au centre. On trouvera des fibroblastes au sein d'une trame collagène plus ou moins dense, avec une absence d'activité ostéogénique et une absence d'éléments odontogéniques.

On pourra pratiquer une artériographie de la carotide externe qui montrera la pauvreté de vascularisation de la tumeur bénigne contrastant avec la richesse de vascularisation des sarcomes ou des épithéliomas intra-osseux. D'ailleurs, les mitoses et les monstruosités cellulaires feront défaut.

Les transformations malignes :

Elles ne sont pas rares dans le fibrome pur. Elles nécessitent lorsque l'indice mitotique est élevé, une

.../..

exérèse très large. Chez deux de nos malades, la transformation maligne s'est effectuée. Dans l'obs. n° 20, la tumeur a évolué en fibro-chondro-sarcome et a enlevé rapidement la malade.

Dans l'obs. n° 18, la récidive apparaît au bout d'une année. Cette localisation intra-sinusale compliquée, au début, d'un prolongement dans la fosse pterygo-maxillaire donc difficilement extirpable en totalité, a récidivé rapidement, comblant à nouveau le sinus et nécessitant une exérèse très élargie.

Comme dans le fibrome ossifiant nous avons procédé aux examens sérologiques qui furent négatifs. Les examens portant sur les phosphatases alcalines, la phosphorémie, la calcémie, l'électrophorèse, la vitesse de sédimentation, l'albumose de Bence Jones donnent des résultats normaux.

Le neuro-fibrome :

Nous éliminons d'emblée le neuro-fibrome qui est lié à la neurofibromatose de Reklinghausen. Mais le neuro-fibrome qui apparait isolément est rare. Wandooren présente une thèse sur les schwannomes de la face en 1951. Rushton, en 1944, en a décrit et les a observés dans la première enfance et l'adolescence. Portalier et Dupeche en ont étudié chez des adultes et des vieillards. Madame Chaput a relaté un cas tout récemment.

Le neuro-fibrome a été décrit comme localisé surtout à la mandibule. Il est rare : une dizaine d'observations ont été publiées.

Son évolution se calque sur celle du fibrome ossifiant. Elle est très lente mais la tumeur est un peu,douloureuse à la palpation. Il n'a pas été signalé de signe de Vincent. Delarue et Monod ont publié des formes extensives faisant songer à la malignité.

Le diagnostic se fait radios en mains : un caractère pathognomonique à la mandibule : le neuro-fibrome est centré sur le nerf dentaire, le canal apparaît bien visible en dehors de la tumeur.

Si la tumeur est peu développée il peut y avoir une image uniloculaire bien limitée. Si la tumeur est volumineuse, la corticale peut être lésée, les apex dentaires rhizalysés.

Il est évident, qu'étant donné la rareté de la tumeur, le diagnostic ne peut être fait qu'avec un examen biopsique. L'histologie montrera l'existence du tissu fibromateux proliférant au contact du tissu neurinomateux. Cette prolifération est rare parfois tellement abondante qu'elle étouffe les éléments nerveux ; c'est alors que le diagnostic de fibrome pur est posé. Les neuro-fibromes intra-osseux ne dégénèrent pas.

.../..

Ostéome-Ostéome ostéoïde :

Le fibrome ossifiant à la forme dense décrit par Thoma, s'apparente à l'ostéome. De Sèze et Ryckervaert ont montré que, du tissu conjonctif ostéoformateur, prenaient naissance : le fibrome ossifiant, l'ostéome ostéoïde et l'ostéome. Nous avons parlé de l'ostéome ostéoïde décrit par Jaffe, Rushton, Mantouri, Seror en ont publié une observation avec localisation tibiale. L'ostéome ostéoïde paraît être l'évolution naturelle du fibrome ossifiant et sa localisation aux maxillaires a été notée par Delaire, Rushton et Voss.

Au point de vue clinique, il se différencie du fibrome ossifiant par des troubles subjectifs : douleurs très vives spontanées ou provoquées par la palpation.

La localisation de choix est l'angle mandibulaire. La radiographie montre une tumeur claire entourée par une zone opaque de sclérose osseuse.

L'ostéome intra-osseux est d'un diagnostic difficile. Il peut être intra-sinusal ou mandibulaire. Intra-sinusal, il échappe au début à l'exploration clinique et n'est qu'une surprise après examen radiographique.

Au point de vue clinique, pendant l'extériorisation de la tumeur quand sa position est mandibulaire, elle est dure, lisse ou bosselée, indépressible, non pulsatile,

.../..

renitente écartant les corticales.Quand elle est sinusienne son évolution est lente et progressive, quand elle est orbitaire elle donne de l'exophtalmie et de la diplopie, puis, use les parois des sinus postérieurs comme dans l'obs. n°6.

La radiographie montre une tumeur opaque mais l'opacité n'est pas homogène ; elle varie suivant que l'ostéome est spongieux, dur ou compact. Quand l'ostéome est jeune, il présente un aspect nuageux. Il est opaque quand il est vieux. Mais les ostéomes mixtes sont fréquents et les ostéochondromes présentent des plages claires qui font songer au fibrome. Seule, la biopsie tumorale peut faire le diagnostic.

Les tumeurs conjonctives d'origine dentaire :

Ce sont des tumeurs qui se développent au voisinage d'une racine dentaire. Le fibrome odontogénique n'est pas rare et assez souvent associé au myxome. La déformation est lente, progressive et écarte les corticales sans les léser.

La radiographie montre une image claire appendue à un apex dentaire. Il peut exister une dent incluse dans la tumeur. Thoma et Cernéa ont montré que dans son association avec le myxome, les signes radiologiques les plus fréquents, sont "l'aspect quadrillé où les lignes de refend se coupant à angle aigu".

La vitalité des dents entourées par le fibrome est nulle

.../..

L'examen histologique fera très facilement le diagnostic. D'ailleurs dans ces formes bigarrées à côté du fibrome avec son aspect ferme, résistant à la pince ou à la curette, on trouve des plages brillantes de consistance molle, gélatineuses, myxomateuses.

Le cémentome localisé présente souvent une déformation limitée. La radiographie montre autour d'une dent une opacité qui tranche avec la clarté de la trabéculation osseuse normale. Elle est dense mais la zone limitante paraît plus claire. La masse tumorale fait corps avec le cément de la dent.

.../..

// H E R A P E U T I Q U E

Même si l'hémogramme parait normal, nous administrons un traitement préopératoire : extraits hépatiques, vitamines, petites transfusions. La tension artérielle, la numération globulaire et la formule leucocytaire normalisées, le malade pourra mieux se défendre contre le choc opératoire et contre la perte de sang qui nécessite dans l'observation n° 6 une transfusion de trois litres sur la table d'opération.

Nous pensons pour la poursuite du traitement que nous devons être guidés par l'âge du malade, par son état général, par la localisation de la tumeur : mandibule ou maxillaire supérieur, fosse pterygo maxillaire et par son extension.

D'autre part, l'examen histologique pourra montrer un degré de gravité : la présence de mitoses atypiques émanant soit d'une anomalie de rythme soit d'une anomalie de place ou d'orientation, la tendance ostéolytique de la tumeur qui envahit les régions voisines. Mais l'exmaen histologique ne pourra pas toujours affirmer l'apparition de la malignité.

Nous pensons qu'entre le fibrome ossifiant, le fibrome pur et le sarcome fibroblastique, on peut observer toutes les formes de transition.

De même que toutes les transitions s'observent entre le fibrome pur et des éléments mésenchymateux : fibro-chondro-myxome.

A l'institut Gustave Roussy, nous rapportons le traitement de 4 cas de fibromes ossifiants avec 3 localisations au maxillaire supérieur, et 1 au maxillaire inférieur chez des enfants : deux anfants de 7 ans, un de 10 ans et un de 14 ans. Le traitement s'effectua avec le protocole suivant :

- Dans les localisations au maxillaire supérieur : exérèse du maxillaire par voie paralatéro nasale dans 3 cas.

Cette exérèse a été associée dans 2 cas à la radiothérapie transcutanée : dans un cas, à la curiethérapie.

- Dans un cas où la tumeur était localisée au maxillaire inférieur, deux récidives en 1 an $\frac{1}{2}$ ont été traitées par radiothérapie.

Les survies actuelles dans les 4 cas sont de 17 ans, 6 ans, 20 mois et 5 mois. La radiothérapie n'exposerait pas aux risques de dégénérescences néoplasique. Le pronostic est donc bon.

Nous n'avons pas dans le service de stomatologie un apport tumoral suffisant et le recul nécessaire des grands services étrangers spécialisés. Cependant la récidive d'un fibrome ossifiant chez un enfant de 10 ans précédemment traité par curetage, par voie buccale, a été réopéré, par voie cutanée. Nous voulions procéder devant l'extension ostéolytique brusque à une resection interruptrice de la mandibule allant du condyle au bloc mentonnier, mais après incision du périoste, nous pûmes décoller la tumeur au doigt du col du condyle à la symphyse. Immobilisé immédiatement après l'intervention par blocage inter-maxillaire sans mise en place d'os spongieux dans cette vaste cavité, nous eûmes la surprise de voir réapparaître un os nouveau, de trabéculation normale, un an $\frac{1}{2}$ après cette intervention élargie.

Lorsque chez les enfant s de 10 à 15 ans, la tumeur est située au maxillaire supérieur, le traitement peut être calqué sur le traitement des adultes : exérèse chirurgicale élargie. Mais si la masse tumorale évolue vers la fosse pterygo maxillaire ou la base cu crâne, la radiothérapie est une thérapeutique d'appoint.

Elle pourra consister à une irradiation douce, utilisée par plusieurs portes d'entrée, étalées sur plusieurs mois et même sur plusieurs années.

.../..

L'état général du malade peut interdire toute thérapeutique chirurgicale : cardiopathies décompensées, maladies hémorragiques.

Chez l'adulte qui se présente avec un fibrome ossifiant volumineux siégeant au maxillaire supérieur et qui évolue alors comme une tumeur maligne, après avoir envahi le sinus maxillaire, le sinus ethmoidal antérieur et postérieur et le sinus sphénoidal, il repousse l'apophyse cristagalli (obs. n°6) et les méninges.

L'extirpation est rendue indispensable à cause des complications méningées inéluctables. Il évolue dans le cavum comme un fibrome du nasopharynx avec son hémorragie redoutable.

A la mandibule, si l a résection interruptrice doit être pratiquée, elle peut être, soit médiane soit latérale, soit porter à la fois sur le bloc mentonnier, la branche horizontale, voir même la branche montante avec ou sans désarticulation.

Dans ces cas, la greffe de soutien pratiquée avec la crête iliaque du côté opposé à la tumeur remplacera la mandibule réséquée, sa convexité donnera une forme harmonieuse au visage. La pièce d'acryl a été mal supportée par nos

.../..

opérés et souvent rejetée. La prothèse intra-tissulaire au vitallium a présenté au bout de deux ans un phénomène de rejet au niveau de son insertion au bloc incisif avec suppuration, au voisinage des vis transosseuses.
Cette suppuration, a guéri après un traitement antibiotique et corticothérapie. Puis la malade est revenue et une greffe d'os spongieux a été pratiquée.

Lorsque la désarticulation et la résection mandibulaire ont été jugées nécessaires, l'opéré est mis au repos, maxillaires bloqués ; un mois après, la greffe peut être placée. Si le condyle a été enlevé, l'extrémité distale de la greffe est enfouie dans la cavité glénoïde. Si une partie de la branche montante subsiste, elle est suturée au fil d'acier avec la greffe dont la partie proximale est fixée au bloc incisif par un fil métallique.

Mais parfois l'âge du malade, les cardiopathies décompensées, l'infarctus du myocarde interdisent toute intervention chirurgicale élargie.

Dans ces cas comme le conseillent Phemister, Grimson et Thoma, il vaut mieux pratiquer une intervention modelante associée à la roentgenthérapie.

.../..

(O) BSERVATIONS de (F) IBROMES (O)SSIFIANTS

- OBSERVATIONS PERSONNELLES -

Observation n° 1 :

K. Farida, âgée de 12 ans, originaire de Blida est hospitalisée dans notre service le 15 mars 1967 pour une tuméfaction localisée au maxillaire inférieur.

L'anamnèse nous révèle que les débuts de la maladie remontent à 4 mois et qu'ils étaient secondaires à l'extraction d'une dent de 6 ans inférieure droite mortifiée. Enfin, l'évolution a été rapide.

L'examen clinique nous met en présence : d'une tuméfaction dure qui fait bomber la joue.

d'une adénopathie sous-maxillaire droite, objectivée par deux gros ganglions, mobiles et douloureux. Nous notons aussi l'existence d'une paresthésie labio-mentonnière.

L'examen endo-buccal est plus évocateur. Nous sommes frappés par l'importance de la masse tumorale, de la taille d'une mandarine ; localisée au maxillaire inférieur, elle s'étend de la deuxième prémolaire droite à l'angle de la mandibule du même côté. Cette masse tumorale occupe tout le bord alvéolaire refoulant le pilier antérieur du voile du palais et comblant le vestibule.

.../..

Observation 1

g 1. : Image radioclaire occupant la totalité de ranche horizontale, de l'angle et de la branche ante, surplombant la région hyoïdienne.

Fig. 2. : Le Fibrome ossifiant plonge jusqu'à l'os Hyoïde.

La palpation nous permet de constater que les tables osseuses interne et externe sont soufflées. La pression digitale révèle une consistance pâteuse de la tumeur, bien marquée au niveau de la table interne. La tumeur y est dépressible. Le bord basilaire est atteint par endroits. La muqueuse est d'aspect normal.

Le plancher de la bouche reste libre, non inflitré,. Du point de vue dentaire, il faut noter la mobilité anormale de la dent de 12 ans qui plonge ses racines en pleine masse tumorale et l'expulsion du germe de la dent de sagesse qui se fait au niveau du Trigone rétromolaire.

Les mouvements mandibulaires ne sont pas gênés, le jeu des ATM est normal.

Nous ne notons aucun trouble phonétique, masticatoire ou de déglutition et l'ensemble évolue sans phénomène douloureux.

Des examens complémentaires sont demandés. Il sont de trois ordres : radiologique, humoraux et anatomopathologique.

L'examen radiographique et tomographique nous apportent de précieux renseignements.

Sur un cliché "maxillaire défilé", nous notons l'existence d'une image radioclaire centro-osseuse qui occupe toute la branche horizontale droite de la mandibule et une partie de la branche montante.

Le canal dentaire est refoulé, les racines de la dent de 12 ans sont lysées.

.../..

Les tomographies faites de 1/2 cm en 1/2 cm montrent l'absence de baguette basilaire à 2 et 3 cms.

Le bilan humoral pauvre n'oriente pas le diagnostic

. Hémogramme.....GR..... 3850000

GB..... 7800

PN..... 73

PB..... 1

PE..... 2

L..... 18

M..... 6

. VS..... 1ère heure 17 mn

2e " 40 mn

. Plaquettes = 106000 /mm3

. TS..... 4 mn

. TC..... 10 mn

Sérologie spécifique : Kline 0 -

Kolmer 0 -

- glycémie 0,90 gr

- urine = absence de sucre et d'albumine.

L'examen anatomo-pathologique à lui seul permet le diagnostic. En effet, l'anatomopathologiste nous apprend qu'il s'agit de débris tumoraux constitués par une prolifération fibrocytique assez dense au sein de laquelle on note la présence de cellules géantes de type ostéoclaste et quelques travées ostéoïdes. - Aspect de fibrome ossifiant -.

.../..

Le diagnostic histologique étant fait, nous opérons le malade sous anesthésie générale. On aborde la tumeur par sa face vestibulaire, incision, rugination, trépanation facile de la coque, agrandissement de la brèche à la pince gouge, extirpation de la tumeur à la curette.

Le curetage est soigneux dans les différents recessus et prudent surtout à la partie basilaire et au niveau de la corticale interne. L'intervention est peu hémorragique.

- Une mèche iodoformée est placée dans la cavité, la malade est mise sous antibiotiques pendant 10 jours (Pénicilline IM 500.000 U oxford Strepto 0,50 g), - (vitamine C 1 gr).

La malade est revue un mois plus tard. Elle ne présente aucune amélioration mais par contre, une extension rapide de la tumeur.

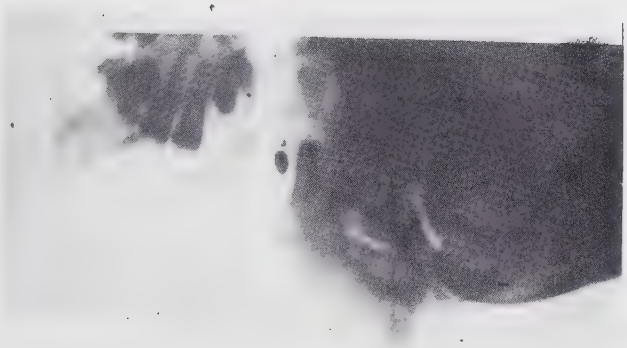
L'extension se fait dans la branche montante du maxillaire. Elle se situe à 1 cm de l'échancrure sigmoïde. Vu la rapidité de l'évolution nous envisageons de faire pratiquer un nouvel examen anatomo-pathologique qui sera suivi de la résection de l'hémi-maxillaire droit.

- Nous procédons par la suite à la restauration par une prothèse en vitallium.

Intervention - anesthésie par intubation naso-trachéale

- incision basse cutanée incurvée allant de la symphèse au lobe de l'oreille. La tumeur descendait jusqu'au

.../..



Obs. 1 : La récidive ostéolytique du F.O. a été opérée. La tumeur a été clivée au doigt laissant en place la totalité du périoste. 2 ans après, la régénération osseuse est totale.

niveau de l'os hyoïde. Dissection des plans sous cutanés, hémostases. Nous abordons la tumeur bien dégagée. Elle est recouverte par le périoste résistant et souple. Incision périostée linéaire le long de la branche horizontale. Décollement du tissu fibreux au ras de la canine inférieure droite. Les dents qui restaient d7 - d6 - d5 - d4 surplombaient la tumeur et présentaient des malpositions notamment d7 vestibulée, d6 lingualée. Les 4 dents furent extraites.

Essai infructueux de clivage de la tumeur avec un décolleur métallique qui menaçait de perforer le périoste et de pénétrer dans la masse molle fibreuse. Par contre, nous arrivons avec facilité à la cliver au doigt dans sa totalité sans léser le périoste.

En haut subsiste le condyle avec une articulation intacte. Le coroné par contre envahi dans sa totalité avait disparu.

Au niveau du bloc mentonnier la section est tangentielle à la canine. Dans la cavité suturée au catgut chromé, on place une mèche iodoformée qui sera retirée 48 heures après. Suture sur deux plans catgut - soie. Manquant de vitallium pour une prothèse vissée immédiate nous avons placé sur le maxillaire supérieur et sur ce qui reste de la mandibule un appareil en acryl qui évite les déviations en attente d'une greffe osseuse d'os spongieux.

.../..

Observation n° 2 :

L'enfant Z. Mahieddine, âgé de 6 ans, originaire de KOLEA (Alger) se présente à la consultation de stomatologie pour une tuméfaction de la région sous malaire du côté droit.

Cette tuméfaction évolue depuis trois mois avec un fond douloureux et parfois on note l'apparition de crises paroxystiques. C'est une évolution lente. La tuméfaction se développe lentement : sans occasionner une gène masticatoire ou autre.

L'examen général est négatif, les antécédents normaux.

A l'examen clinique, nous notons une nette asymétrie faciale. La tuméfaction génienne droite est bien limitée à la région malaire. Elle efface les méplats et estompe le sillon naso-génien droit. L'aile du nez du côté atteint est déporté en haut et en avant. La paupière supérieure droite est boursoufflée réduisant la fente oculaire. Les téguments sont normaux. La fosse nasale droite est bouchée. Le Cornet inférieur est accollé à la cloison.

La palpation nous permet d'apprécier la consistance dure, ligneuse, de la tumeur et d'en fixer les limites.

Elle s'étend en haut jusqu'au rebord orbitaire inférieur ; en bas, elle est limitée par la ligne occlusale du maxillaire supérieur, en avant par le sillon naso-génien, en arrière par l'apophyse zygomatomalaire et la tubérosité du maxillaire supérieur droit.

La tumeur est uniformément dure, non dépressible, la palpation n'exagère pas le fond douloureux.

.../..

L'examen des autres régions de la face et en particulier des ATM n'apporte aucun renseignement.

A l'examen endo-buccal nous constatons que la tumeur occupe la majeure partie de l'hémi-palais droit. Le vestibule est entièrement comblé. La muqueuse qui recouvre la zone tumorale est rouge. La palpation révèle la consistance osseuse de la tumeur.

A l'examen dentaire, on note la mobilité de la dent de 6 ans, l'expulsion du germe de la première prémolaire supérieure droite ; les molaires temporaires ont été extraites, l'articulé dentaire est perturbé. Il y a déviation mandibulaire du côté malade.

Les examens complémentaires tels que radiographies et examens anatomo-pathologiques nous ont permis de faire le diagnostic.

La radiographie de face en incidence de Blondeau a montré une image radioclaire du sinus maxillaire droit parsemée d'opacités et une augmentation de volume de l'étage moyen du côté malade., sans rupture de la corticale externe. Les autres radiographies du squelette sont négatives. Les recherches sur la calcémie, la phosphorémie donnent des résultats normaux.

L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de fibrome ossifiant soupçonné par la radiographie et l'exérèse chirurgicale est entreprise sous anesthésie générale.

.../..

Protocole Opératoire :

Cette tumeur a été abordée par voie transmaxillo nasale De Moure. Anesthésie par intubation trachéale. Incision le long du sillon naso-génien qui contourne l'aile du nez. Section de la lèvre supérieure par un coup de ciseau au milieu du philtrum.

Hémostase - rugination. Le lambeau cutané est rejeté à l'extérieur et la tumeur apparaît faisant bomber la fosse canine et l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur. On s'aperçoit que la coque osseuse est réduite à une minceur de coquille d'oeuf.

On incise au bistouri et on agrandit à la pince gouge.

La tumeur occupe toute la cavité sinusienne et également les récessus. La paroi inter sinuso-nasale est refoulée vers la cloison et le vomer. Nous procédons à un clivage méticuleux qui s'avère difficile au niveau du palatin réduit à une mince lame de très faible épaisseur. La large incision cutanée nous permet de dégager d'une façon parfaite les récessus de la masse tumorale par clivage, celle qui reste dans les récessus par morcellement.

Contre ouverture nasale sous le cornet inférieur.

Mèche iodoformée dans la cavité. La guérison s'effectue normalement.

.../..

Observation n° 3 :

Madame S. Kheira âgée de 36 ans nous est adressée par un confrère pour tumeur du maxillaire inférieur évoluant depuis 20 ans sans phénomènes douloureux et sans atteinte de l'état général.

Seule la déformation mandibulaire devenue de plus en plus apparente a amené la malade à consulter.

L'examen exo-buccal montre d'emblée l'augmentation de l'étage inférieur de la face évoquant une macrogénie.

La tumeur d'une dureté ligneuse dans son ensemble s'étend à la partie antérieure de la mandibule. L'examen sémiologique est normal, l'exploration des aires ganglionnaires ne montre aucun élément pathologique.

Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire se font normalement.

L'inspection endo-buccale montre une tumeur polylobée de couleur rosée, chevauchant de part et d'autre de l'arcade dentaire. En avant, elle semble en continuité avec le maxillaire qu'elle projette en avant, en arrière elle se prolonge dans le plancher buccal qu'elle surplombe. De la taille d'une grosse orange, la tumeur s"étend de la deuxième molaire gauche à la canine droite. Les différents lobes qui forment cette tumeur présentent partout la même consistance ligneuse. Les dents encore présentes pour la plupart sur l'arcade sont cependant mobiles et sont perturbées dans leur alignement.

.../..

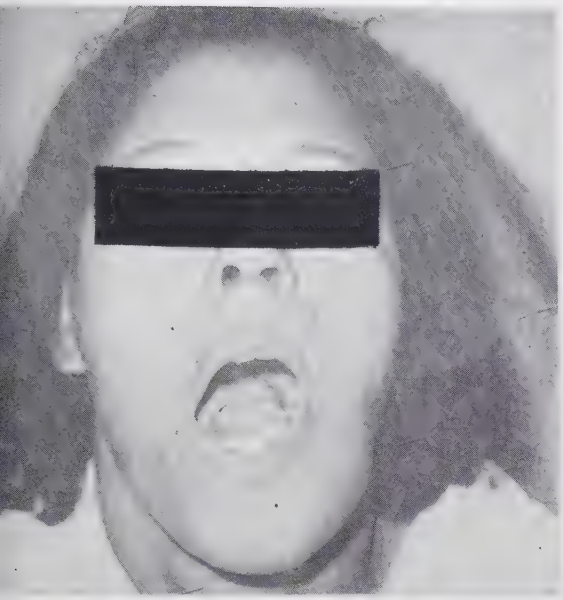


Fig. 1

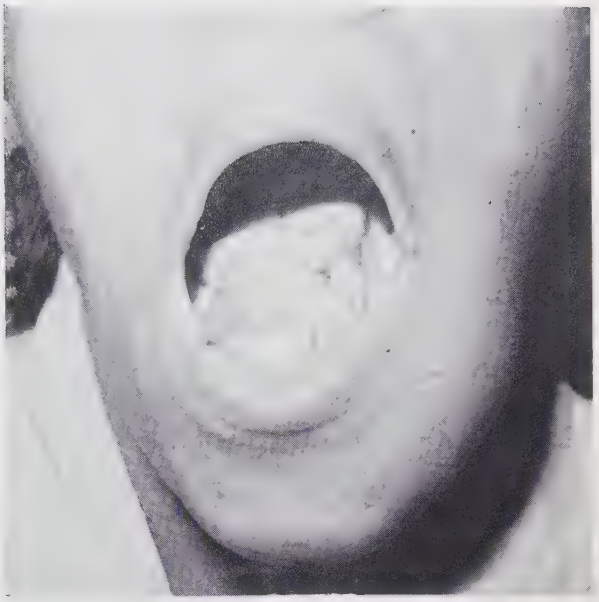


Fig. 2

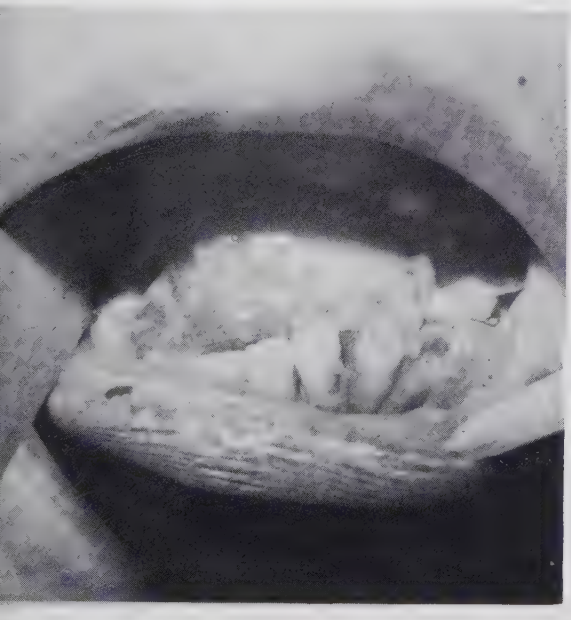


Fig. 3

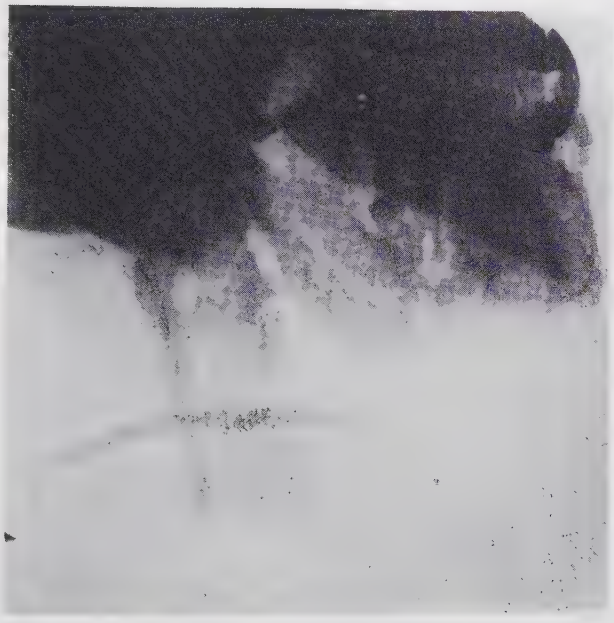
Observation 3. : Mme S. Kheira

Fig. 1 : Image panoramique : Déformation de la branche horizontale et de la symphyse

Fig. 2 : On aperçoit devant et derrière la canine inférieure gauche, le F.O. bilobé

Fig. 3 : La tumeur, développée au niveau de la symphyse, a fait éclater la corticale interne et se développe vers le plancher de la bouche, refoulant la langue. Les dents sont mobiles.

Observation 3



Profil : Développement de la tumeur bilobée vers l'angle de la mandibule.

Malgré l'importance et la localisation de la tumeur, les mouvement de mastication, déglutition ne sont pas génés. Il n'existe pas de troubles phonatoires. Ceci probablement grâce à l'adaptation progressive de la malade à la lenteur d'évolution du processus tumoral.

Examen radiographique :

Les radiographies montrent deux types d'images :

- des images lacunaires polygeodiques dans la partie basilaire de l'os
- par contre dans la partie supérieure la tumeur présente un aspect "en nid d'abeille".

Examen anatomo-pathologique :

Le prélèvement a intéressé une prolifération tumorale constituée de plages de cellules allongées, fusiformes, tassées les unes aux autres et formant de l'os.

L'image est celle d'un fibrome ossifiant. Aucun caractère de malignité visible sur les fragments examinés.

Intervention le 6 mai 1969 : GOUIRIC - BOUCHOUCHI - CHICHKOVA - S. HAFIZ -

Préparation de la malade au Dolosal - Phénergan.

Anesthésie naso-trachéale. Dans un premier temps, nous abordons la tumeur symphysaire par une incision arciforme endo-buccale allant de la canine inférieure gauche à la canine inférieure droite. Rugination de la

.../..

muqueuse. Nous arrivons sur le périoste qui ne présente aucune lésion. Il est souple mais refoulé. Incision périostée d'une canine à l'autre. Nous tombons sur une tumeur de consistance fibreuse, lardacée présentant des zones jaunâtres et légèrement hémorragiques. La tumeur se clive bien à la rugine. Nous pouvons l'extraire complètement en adoucissant les angles osseux qui subsistent dans la cavité à l'aide d'une pince-gouge. Il a été procédé également à l'avulsion des incisives. La tumeur une fois retirée et sectionnée au bistouri, crisse sous la lame.

Dans un deuxième temps opératoire, nous abordons la tumeur située sur la branche horizontale, gauche de la mandibule. A ce niveau les corticales sont extrêmement élargies par la tumeur mais il subsiste néanmoins sur le rebord basilaire une barrière osseuse qui relie la symphyse à l'angle. La dent de 12 ans et la dent de sagesse inférieure gauche ont arrêté l'évolution de la tumeur vers l'angle et la branche montante tandis que la canine inférieure gauche a arrêté l'évolution tumorale vers la symphyse.

Incision allant de la canine inférieure gauche à la dent de 12 ans inférieure gauche.

Rugination. La corticale externe a été détruite mais le périoste est épargné. La corticale interne a été refoulée. Il reste encore au niveau du périoste une mince couche osseuse de corticale interne. Nous essayons de

.../..

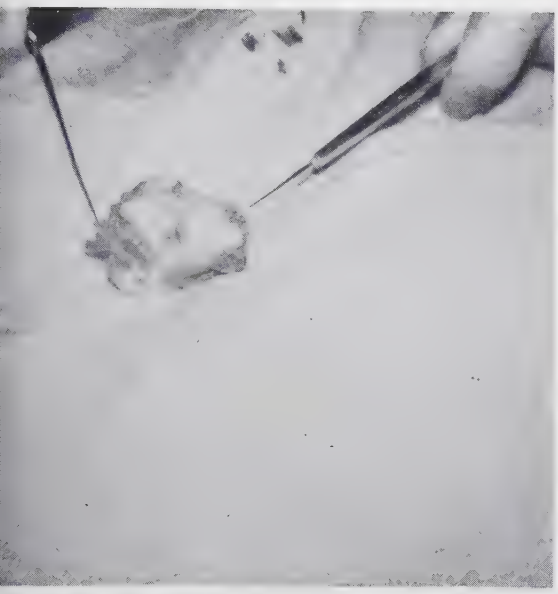


Fig. 1

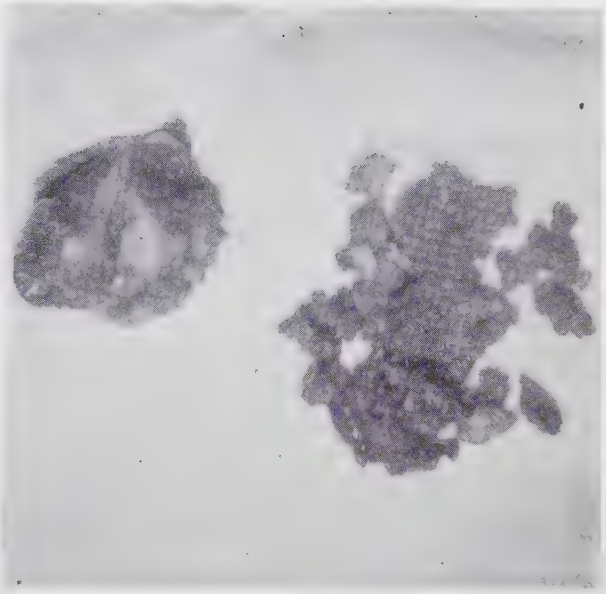


Fig. 2

Fig. 3

Observation 3 :

Fig. 1 : F.O. bilobé : partie antérieure extraite par clivage.

Fig. 2 : A gauche F.O. jeune : forme fibreuse parsemée de plages ostéoïdes ; enlevé par clivage.

A droite, F.O. évoluant depuis 20 ans plages compactes et spongieuses ; enlevé par morcellement.

Fig. 3 : Cavité d'évidement

cliver la tumeur en nous aidant de la rugine et du décolleur. La tentative s'avère impossible. Nous sommes obligés d'utiliser la pince-gouge. En attaquant la tumeur, nous avons l'impression manipuler l'os spongieux et par endroits de l'ostéome compact. La tumeur est ici plus hémorragique. Au point de vue macroscopiq sa consistance est différente de la tumeur antérieure. La sectio au bistouri est impossible. Nous enlevons des copeaux plus ou moins gros en nous aidant à la fois de la pince-gouge, du burin et de la curette.

Les zones hémorragiques qui saignent sont traitées à l'électro-coagulation. Les bords et la base de cette cavité ains créée sont adoucis à la pince-gouge.

Mèche iodoformée dans les deux cavités. Suture périosté des deux côtés.

Un nouvel examen histologique de la pièce opératoire es pratiqué. Il confirme le diagnostic de fibrome ossifiant. Il mon des plages formées de travées osseuses irrégulières présentant par endroits de la surcharge calcaire. Absence de mitoses atypiq et de monstruosités nucléaires.

Les considérations que faît naitre l'exérèse de cette tumeur sont les suivantes :

- Nous avons été en présence d'une tumeur bilobée divisée par la canine inférieure parfaitement vivante mais en malposition. Cette malposition nous a amené à en pratiquer l'avulsion. Il existait au dessous de l'apex de cette dent une continuité tumorale entre la tumeur antérieure et la tumeur latérale en bordure de la lame basilaire respectée.

/

Notons que l'extraction de cette dent parfaitement saine a provoqué une hémorragie abondante maitrisée par l'électro-coagulation.

Du point de vue macroscopique, nous étions en présence d'une tumeur bilobée mais dont les parties étaient de structure différente. La partie antérieure était fibreuse et crissait sous la lame du bistouri tandis que la partie latérale plus vieille présentait une transformation osseuse où nous trouvions par endroits du tissu spongieux et dans d'autres endroits du tissu compact.

N'existerai-t-il pas une filiation entre le fibrome ossifiant à ses débuts avec quelques plages d'os immaturé et l'ostéome spongieux ou compact dont nous avons trouvé l'aspect anatomo-pathologique dans la localisation mandibulaire latérale ?

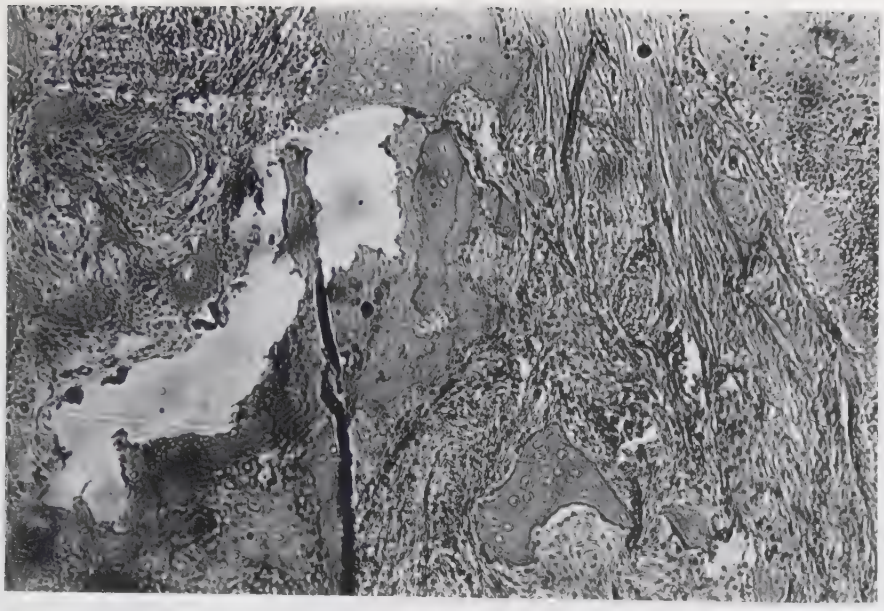
.../..

DOCUMENTS HISTOLOGIQUES

Les microphotographies qui vont suivre concernent le fibrome ossifiant de l'observation 3 :

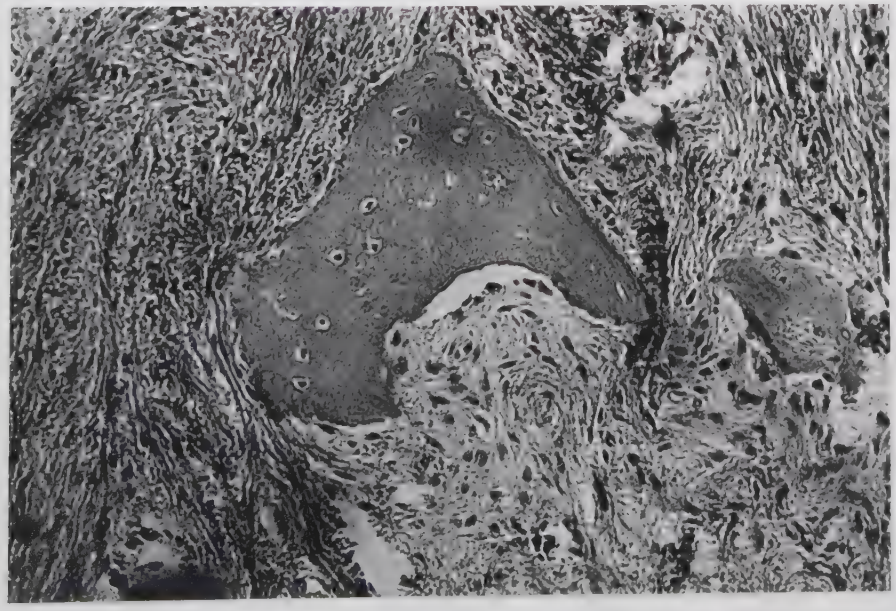
Elles se rapportent aux examens microscopiques pratiqués sur biopsie dans un 1er temps et sur pièce d'exérèse dans un 2ème temps.

Nous remercions Messieurs YAKER et CHERID de la chaire d'Anatomie Pathologique ainsi que Monsieur DEBY de l'Institut du Trachome pour leur précieux concours.

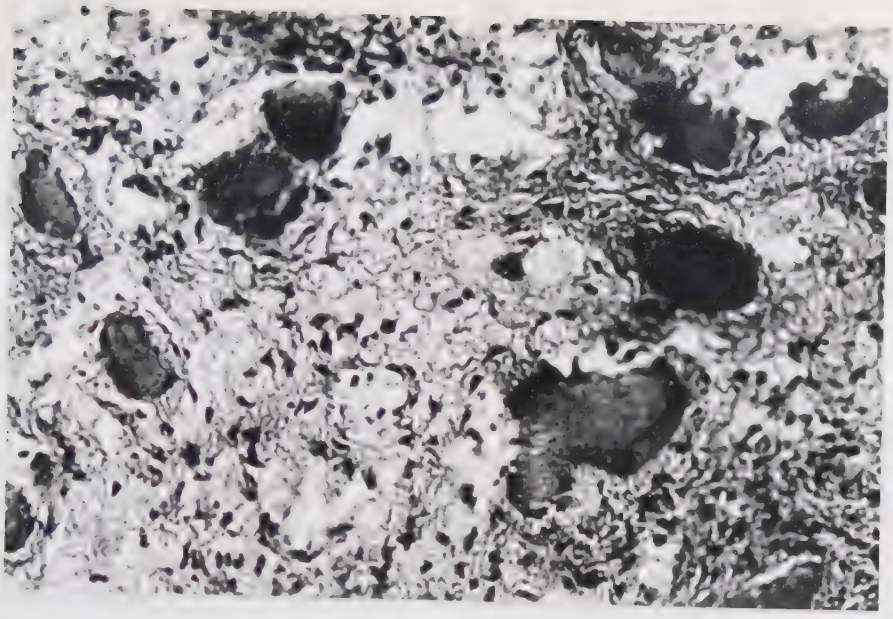


F.G. × 10 : Noter en haut, à droite la prolifération fibroblastique en faisceaux enchevêtrés, disposés en gerbes.

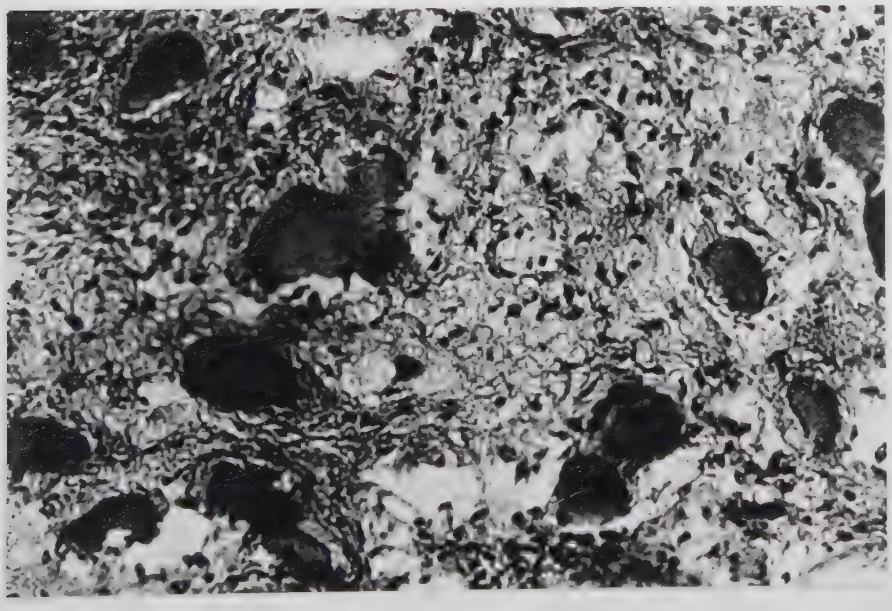
Au dessous, au milieu, et à gauche, présence de multiples lamelles ostéoïdes : on y reconnait nettement les ostéoblastes. Ces lamelles apparaissent enchâssées au sein de la prolifération fibromateuse.



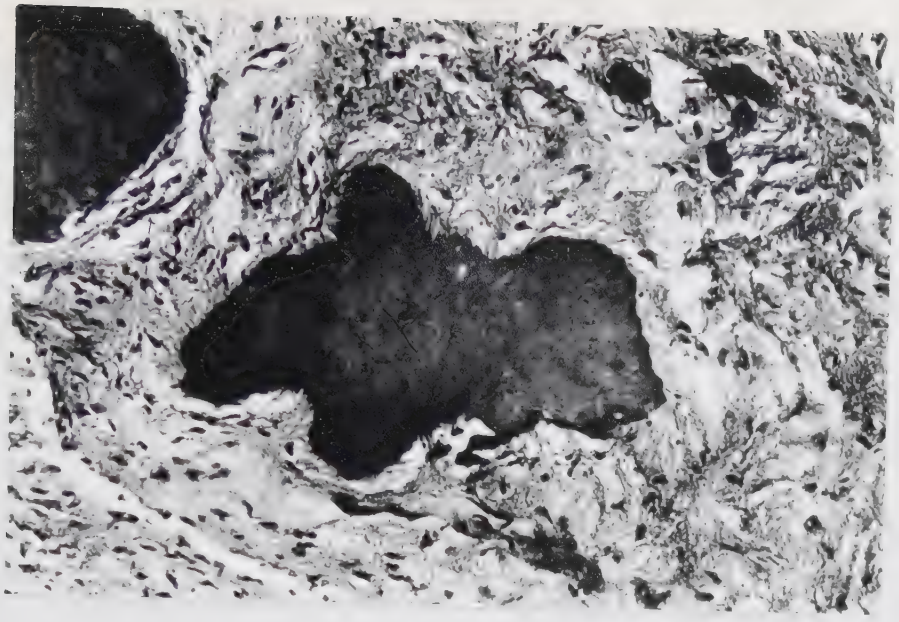
F.G. × 100 : Les fibres conjonctives de la formation fibromateuse sont bien visibles avec leurs noyaux effilés. Noter entre ces fibres, l'existence d'un stroma collagène d'importance variable d'une plage à une autre. On remarque au centre une lamelle ostéoïde avec ses ostéoblastes noyés dans une substance fondamentale anhiste. Noter bien l'absence d'éléments cartilagineux.



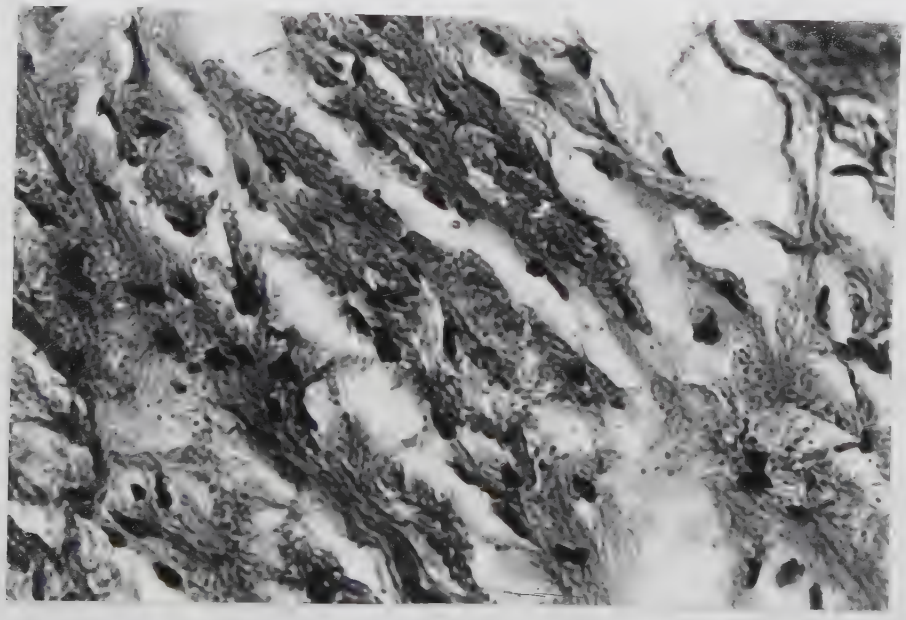
M.G. × 40 : De nombreuses plages ostéoïdes apparaissent plus ou moins foncées par suite d'une calcification irrégulière.



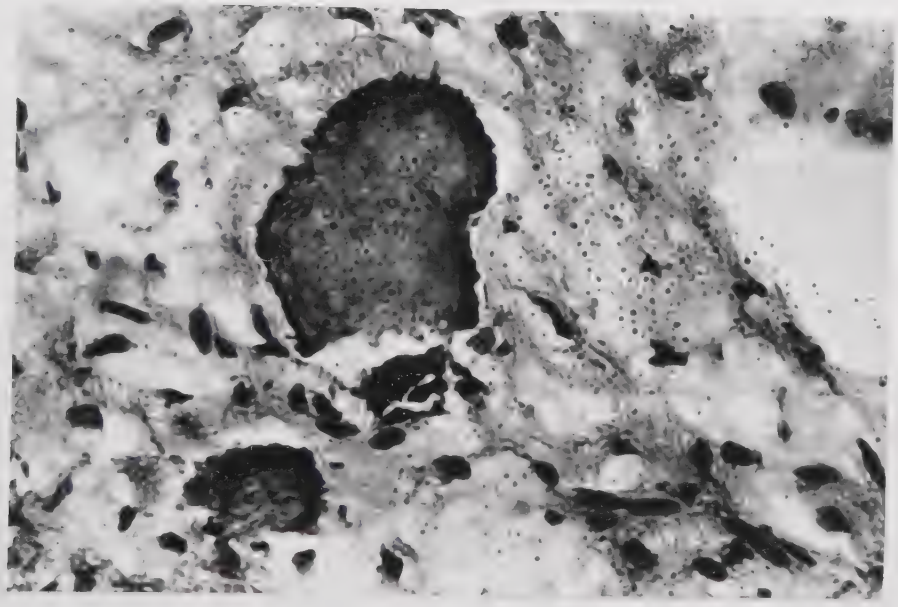
M.G. × 40 : A droite, le stroma de la tumeur fibromateuse apparait nettement plus lâche, les fibres sont plus ou moins dissociées du fait d'une tendance à la différenciation myxoïde.



F.G. × 100 : Au centre, la lamelle ostéoïde est entourée par un liseré foncé et présente des plages de calcification plus ou moins denses d'un point à un autre.



F.G. × 100 : Noter les faisceaux fibromateux séparés par des bandes collagènes plus ou moins épaisses d'une plage à une autre.



F.G. × 100 : On voit bien au centre le passage directe de la prolifération tumorale à la formation ostéoïde sans processus d'osssification enchondrale.

(II) OBSERVATIONS ETRANGERES

*-

- OBSERVATIONS : KURT H. THOMA, DANIEL J. HOLLAND, CHARLES ELDER ROUNDS (Saint Louis USA

Observation n° 4 :

Une jeune fille de 18 ans fut admise à l'hôpital le 14 novembre 1946 à cause d'une tumeur de la mâchoire inférieure. Un an et demi auparavant la malade remarqua d'abord l'apparition d'une masse sur le côté droit de la mâchoire inférieure ; elle pensa que c'était un abcès de la gencive. Son dentiste put extraire une dent mais la masse ne diminua pas de taille, son volume n'augmenta pas d'une façon perceptible depuis lors.

Un examen intraoral montra un agrandissement globulaire à la mâchoire inférieure droite au dessous de la gencive dans la région de la première et deuxième molaire. C'était ferme, pas douloureux et d'une consistance osseuse.

L'examen aux rayons X révèla une image kystique dans la mâchoire inférieure dans laquelle les racines de la première molaire permanente et les prémolaires s'avançaient ; la mâchoire fut déplacée distalement, quelques zones de densité plus grande furent notées.

Le diagnostic d'odontoblastome, cémentoblastome avec très peu de formation de cément ou d'un fibrome ossifiant fut posé.

Le 15 novembre sous anesthésie à l'éther oxygène, on pratiqua l'excision de la tumeur et l'extraction de 2 dents. Le visage et la bouche furent préparés de la manière habituelle. Une incision fut faite sur la surface externe de la mâchoire inférieure, s'étendant de la deuxième région molaire à la canine avec une extension verticale vers la limite inférieure de la mâchoire. Le périoste fut détaché de la masse de la tumeur par une dissection tranchante, car il n'y avait pas de clivage. On mit à nu une paroi osseuse mince, couverte par du périoste. Au moyen d'un ostéotome, on fit une incision dans l'os autour de la tumeur sur le côté externe de la mâchoire ; après quoi, au moyen de davier, on enleva la seconde molaire et la seconde prémolaire. Une grande partie de la masse de la tumeur contenant les deux dents put alors être énuclée de la mâchoire

Quand la plaie fut examinée, on découvrit que d'autres masses de tumeur s'étendaient dans des directions variées postérieurement et antérieurement.

A certains endroits elles purent être enlevées avec une curette. Une hémorragie du canal mandibulaire s'ensuivit et fut de proportion considérable. Elle fut arrêté en bourrant le canal de mousse fibrine saturée de thrombine. La cavité semblait être bien débridée, l'os mis à nu fut

.../..

couvert et on inséra une bande d'os. La malade quitta la salle d'opération dans de bonnes conditions. Pendant l'opération elle avait reçu une perfusion intraveineuse de 1500 cc, 5 % de dextrose dans l'eau.

La malade eut des douleurs post-opératoires considérables, qui ne furent pas soulagées par 100 mg de demerol. La cavité fut irriguée et pansée avec un pansement auquel fut appliqué le liquide de Wonderpak.

Ceci sembla apporter un soulagement. Elle fut renvoyée chez elle le 22 novembre 1946.

Examen anatomo-pathologique :

Le specimen se composait de fragments osseux, rouges et d'une tumeur ferme et grisâtre mesurant 3 cm sur 2 cm. Au dessous de la mince coquille osseuse, la tumeur était grise et fibreuse. Il y avait aussi une molaire et une prémolaire adhérant à la tumeur.
L'examen au microscope montra que la tumeur était composée de tissu conjonctif dense. Les cellules étaient soit en forme de fuseau soit rondes. Elles étaient en forme de fuseau là où le tissu était compressé. Eparpillées partout, il y avait des zones de formation d'un os nouveau qui se colorait légèrement en rose. Ces trabécules étaient bordés d'ostéoblastes et enquelques endroits, il apparaissait presque une métaplasie de tissu conjonctif dans l'os. Dans une zone, l'os était calcifié et prenait un aspect plus noir. Il y avait plusieurs foyers de cellules géantes multinucléées qui variaient en taille, et un nombre modéré de petits vaisseaux sanguins.

Diagnostic : fibrome ossifiant

Observation n° 5 :

Un garçon de 13 ans fut envoyé à l'hôpital par le médecin local le 31 Novembre I946, avec un diagnostic de kyste à la mâchoire inférieure gauche. Deux ans auparavant, le malade avait une petite enflure circonscrite à la mâchoire inférieure gauche qui n'avait pas augmenté depuis qu'on l'avait remarquée pour la première fois. Environ un an auparavant, il éprouva une douleur à la première molaire inférieure gauche . On découvrit qu'elle était cariée et elle fut extraite. DEpuis lors, le malade n'avait montré aucun symptôme essentiel. Il n'y avait pas d'histoire de traumatisme. L'admission précédente à l'hôpital s'était produite en I940 à cause d'une stomatite aigüe et d'une gingivite,suivies d'une guérison sans complications. Les amygdales et les végétations furent enlevées en I939. Le passé était sans histoire.

L'examen oral révéla une masse dure occupant le processus alvéolaire dans la région molaire inférieure gauche ; il n'y avait pas de fluctuation. La température et la tension du malade étaient normales. L'examen du sang montra que le calcium était dans une quantité de 9,9 mg %, le phosphore 4,3 mg % et la phosphatase 7,9 mg %.

Les globules blancs étaient au nombre de 9500 ; 87 % des leucocytes polynucléaires ; 10 % des petits et grands lymphocytes et 3 % de monocytes. L'hémoglobine était normale.

Les globules rouges étaient en nombre normal. Les radios du crâne, de la poitrine et des os longs étaient négatives. La radio de la mâchoire latérale gauche montra une zone kystique mesurant 3 cm de diamètre dans le sens horizontal au dessous de la première et deuxième molaires. La zone était caractérisée par des bords bien définis et un amincissement et une expansion du cortex inférieur. La racine postérieure de la première molaire s'avançait dans cette zône.
Ces découvertes suggéraient un kyste bénin ou un adamantioome

Le malade fut préparé de la manière habituelle, sous anesthésie intra-trachéale à l'éther, et on pratiqua une incision de 4 cm le long de la crête de la gencive marginale depuis le côté distal de la deuxième molaire inférieure gauche antérieure jusqu'à la première prémolaire gauche mandibulaire partiellement évidée. Le lambeau mucopériostal fut retracté, révélant un cortex buccal renflé mais intact.

Avec un ostéotome courbe, on enleva le cortex et on découvrit un tissu ferme, d'un blanc rosé, à grosse granulation, ayant grossièrement l'aspect d'une tumeur bénigne à cellules géantes, qui remplissait une grande

.../..

cavité osseuse ; la périphérie du cortex buccal renflée fut enlevée avec un ostéotome et à la gouge et on essaya d'énucléer le contenu ferme de la cavité par une dissection brusque.

Il n'y avait aucune présence de liquide kystique de cholestérine ou de pus. On découvrit bientôt que la masse de la tumeur affectait les extrémités de la première molaire inférieure gauche et peut être aussi les racines de la deuxième molaire ; aussi, ces dents furent-elles extraites.

Du tissu résiduel de la tumeur fut énuclée de la région des alvéoles. Les marges osseuses furent aplanies avec une lime à os et de la mousse de gel fut placée au fond de la cavité osseuse pour contrôler un suintement persistant. On plaça délicatement un pansement dans la cavité, s'étendant à travers l'alvéole de la deuxième molaire et les lèvres de la muqueuse furent rapprochées par des points de suture.

Le cours postopératoire se déroula sans ennui, on fit des piqûres de pénicilline intra musculaire totalisant 192.000 unités jusqu'à ce que le malade soit renvoyé chez lui le troisième jour après l'opération.

Le malade fut suivi par le département des malades extérieurs, où les points de suture furent enlevés, la cavité irriguée et on déclare que l'état général du malade était bon.

La radio de la mâchoire que l'on fit trois mois après l'opération montra une régénération de l'os.

L'examen au microscope montra l'existence de tissu conjonctif dense dans une matrice collagène. Dans certaines zones périphériques du spécimen il y avait des signes d'infiltration de cellules rondes. Dans un morceau de la section, il y a des ilôts irrégulièrement délimités de formatin d'os nouveau avec une activité ostéoblastique.

Diagnostic : fibrome ossifiant.

.../..

Observation n° 6 : par Y. CAOHIN - R. GERARD-MARCHANT - C. MICHEAU et G. VANDENBROUCK (Paris)

Madame S.E (IGR 01/65 57 14) a 28 ans lorsqu'elle vient consulter à l'institut Gustave-Roussy pour une obstruction lentement progressive de la fosse nasale gauche, quelques douleurs frontales et des épistaxis. Celles-ci se sont accentuées depuis le début d'une grossesse, actuellement au 7e mois.

Elle a déjà subi à l'âge de 17 ans deux interventions successives ; à un mois d'intervalle : d'abord par voie paralatéronasale puis par voie sub-labiale. L'examen histologique avait conclu à un ostéofibrome. Depuis ces interventions existe une discrète ophtalmie gauche.

La rhinoscopie montre une tumeur volumineuse, lisse assez régulière, blanchâtre. Elle est appendue à la partie haute de la fosse nasale gauche, refoulant la cloison vers la droite, descendant jusqu'à 5 mm du plancher des fosses nasales et engageant son pôle postérieur dans le cavum. Toutes les structures endo-nasales ont disparu ce qui est probablement le fait des interventions antérieures. Les clichés radiographiques de face montrent une très importante opacité de la fosse nasale gauche, refoulant très fortement la cloisch et l'apophyse se crista gali à droite et la paroi interne de l'orbite gauche. Sur les clichés de profil l'opacité intéresse les régions ethmoïdales et ophénoïdales ; le toit du sinus sphénoïdale est fortement refoulé ainsi la hauteur de la selle turcique est diminuée et son plancher est très aminci.

La malade est opérée par voie para-latéronasale gauche avec une section médiane de la lèvre supérieure. La tumeur s'expose bien ; elle est volumineuse, friable, fortement vascularisée et paraît ne pouvoir être enlevée que par morcellement. Elle s'insère sur la base du crâne et s'étend de l'éthmoïde antérieur à la paroi postérieure du sinus sphénoïdal et au cavum. La lame criblée et le toit du sinus sphénoïdal sont sculptés dans la masse tumorale. Toutes les manoeuvres opératoires sont très hémorragiques et il faut perfuser 3 litres de sang pendant l'intervention.

Le méchage laissé en place est enlevé au sixième jour ce qui donne à nouveau un saignement important. Tout rentre rapidement dans l'ordre à l'exception d'une rhinite croûteuse post-opératoire et d'un larmoiement de l'oeil gauche qui s'améliorent peu à peu mais il persiste une anosmie. Des radiographies de contrôle confirment la bonne qualité de l'exérèse.

.../..

L'examen histologique montra une prolifération cellulaire faite d'éléments fusiformes, sans atypie ni mitose, dispersée dans une substance collagène plus ou moins dense. On y trouve en abondance de petits ilôts d'ossification de 2 types : les uns faits de tissu osseux bien différencié, trabéculaire, avec des ostéoblastes ; les autres plus arrondis, ostéoïdes, très riches en calcium et souvent entourés d'ostéoclastes. La vascularisation est abondante. Les limites de la tumeur avec l'os sain sont assez nettes, mais sans capsule vraie.

Les aspects sont d'un fibrome ossifiant et sans malignité.

.../..

Observation n° 7,8,9 : DECHAUME, GRELLET, PAYEN, BONNEAU
(Paris)

Première observation : jeune garçon de 10 ans envoyé dans le service le 30 novembre 1955 pour tuméfaction de la partie muqueuse de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. Cette tuméfaction a été découverte il y a un an : à ce moment, elle avait la taille d'une noix et une radiographie faite montrait : "une image à bords nets", sans condensation osseuse périphérique, déformant le bord basilaire de l'os qui n'est pas rompu et refoulant le canal dentaire dont on perçoit bien les limites. Cette image radioclaire n'est pas homogène mais ne présente aucune cloison de refend".

Le diagnostic de tumeur à myéloplaxes est fait et un curetage par voie intra-buccale est pratiqué ; au cours de ce curetage, extraction de la première molaire de lait et de la dent de 6 ans inférieure droite.

En février 1955, le jeune malade est hospitalisé pour mauvais état général : asthénie, anorexie, amaigrissement - des hémogrammes montraient alors une anémie importante. Après deux mois d'hospitalisation, tous les signes généraux se sont améliorés, cependant que la tuméfaction osseuse continuait à se développer.

En novembre 1955, lors de sa consultation dans le service, la tuméfaction s'étend de la partie moyenne de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur jusqu'à la symphuse en avant, elle affleure en haut une horizontale passant par les commissures et en bas déborde dans la région sus-hyoidienne.

Cette tuméfaction osseuse est recouverte par une peau et une muqueuse normales.

L'examen endo et exo-buccal, apprécié la déformation osseuse, maxima au niveau du vestibule et de la région basilaire ; la table interne est à peine soulevée par la tumeur - la région alvéolaire n'est pas déformée.

Tous les examens sont indolores.

La radiographie montre une image grossièrement ovalaire à bords assez nets mais sans condensation osseuse, sans rupture de la corticale : l'image centrale n'est pas d'une clargé homogène, il existe des travées plus ou moins limitées ; plus ou moins floues qui paraissent irradiées du centre de la zone radio-claire.

.../..

Les examens biologiques donnent les résultats suivant s:

- calcémie..... 10 mg
- phosphatases alcalines..... 114 U.B
- phosphatases acides..... 3,4

Numération et formule :

- hématies..... 3.500.000
- leucocytes..... 4.900
- Polyneutro..... 55 %
- eosino..... 4 %
- baso..... 2 %
- monocytes..... 2 %
- Lymphocytes..... 36 %
- Plasmocytes..... 1 %

Les radiographies de tout le squelette ne montrent aucune image anormale. Le 13 décembre I955 sous anesthésie générale, incision sur la région basilaire. Résection de tout l'opercule de la tumeur, ce qui permet de trouver 2 parties tumorales.

- une postérieure assez dense que l'on résèque au ciseau burin

- une antérieure, à logettes multiples remplies d'un tissu assez résistant et blanchâtre que l'on clive facilement à la curette - éponge de gelatine avec thrombase - capitonnage et sutures.

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*--

Deuxième observation :

Fillette de 13 ans adressée le 14 novembre 1955 par le docteur FURET pour tuméfaction de la région moyenne de la branche horizontale gauche du maxillaire.

Le début des troubles paraît remonter à 6 mois date à laquelle la tuméfaction fut découverte. A cette époque, l'extraction de la deuxième prémolaire inférieure gauche et de la première molaire (réduites à des racines infectées). Ces extractions n'eurent aucun effet sur l'évolution de la tumeur osseuse.

En effet, cette tumeur a continué depuis à croître sans aucun signe fonctionnel et sans aucun trouble de l'état général.

.../..

Lorsque l'enfant est vue dans le service, l'asymétrie faciale est évidente ; la tuméfaction occupe la région génienne basse gauche, déborde sur la région mentonnière ; elle ne s'accompagne toujours d'aucun phénomène fonctionnel ou général. Cette tumeur recouverte par une peau normale, mobile, mesure environ 5 x 2,5 cm elle atteint en avant la ligne médiane, en arrière le bord antérieur du masseter, en haut un plan horizontal passant par les commissures, en bas, elle déborde nettement le bord basilaire.

A l'ouverture buccale, normale, on constate que la tuméfaction déforme très inégalement les deux tables osseuses : la table interne est légèrement épaissie alors que la table externe est soufflée sur une épaisseur de près de 2 cm, cette tuméfaction s'étend de la canine à la première molaire inférieure gauche ; elle est recouverte par une muqueuse normale sur laquelle se voit l'empreinte de la dent de 6 ans supérieure gauche.

Le reste de l'examen (recherche d'adenopaghie, de troubles neurologiques) est négatif.

En résumé, tumeur de la branche horizontale gauche évoluant depuis 6 mois n'entrainant aucun trouble fonctionnel.

La radiographie montre une vaste image ovalaire radioclaire à contour assez net sans rupture de la corticale, la partie antérieure de cette clarté est homogène, à la partie postérieure, il existe quelques traits de refend.

La radiographie de profil montre bien que le maximum de la déformation est dans la région basilaire.

Un bilan général humoral est fait : formule et némération sanguines sont normales ; temps de saignement et de congulation aussi, la calcémie est à 95 mg pour 1.000.

Un bilan radiographique général est tout aussi négatif.

L'intervention chirurgicale est conseillée mais elle ne sera pratiquée que 6 mois plus tard.

L'augmentation importante de volume de la tuméfaction décide enfin les parents à accepter l'opération. Elle est faite le 13 juin 1956 : sous anesthésie générale par voie oro-trachéale - Incision sur le rebord inférieur du maxillaire inférieur de 8 cm de long.

Incision du périoste épaissi que l'on rugine avec facilité. Avec la rugine et la curette, on clive facilement et on enlève par fragments un tissu ferme parenchymateux, blanchâtre.

.../..

La cavité osseuse apparait alors avec une paroi assez nette bien que légèrement poreuse au fond et en bas apparaît le nerf incisif.

Résection de la paroi osseuse soufflée, tant dans la région basilaire que dans la région vestibulaire. Hémostase complète par un temponnement passager à la thrombine. Comblement de la cavité avec environ 10 cm3 d'os spongieux.

Suture du périoste au dessus de la cavité osseuse capitonnage des parties molles-sutures cutanées - antibiotiques.

-*-*-*-*-*-*-*-

Troisième Observation :

(Pey...) jeune garçon de 13 ans ayant présenté en novembre 1957 une odontalgie mandibulaire gauche, pour laquelle on extrait (partiellement) les racines infectées de g 6 ; la petite tuméfaction osseuse qui existait dès cette époque continue à croître malgré l'extraction et les antibiotiques. Cependant les douleurs ont à peu près disparu.

Le malade est vu le 21/12/57 dans le service. Il existe alors une importante asymétrie faciale due à une volumineuse tuméfaction latéro-mentonnière et génienne basse gauche, cette tuméfaction indolente spontanément et à la palpation est recouverte par une peau normale et ne s'accompagne pas de trouble de la sensibilité du nerf mentonnier, ni d'aucune adénopathie.

L'examen endo-et exo-buccal montre une tumeur osseuse allant de la d2 à g5, respectant le bord alvéolaire. L'extension au niveau de la table interne est très peu nette, sauf à la partie basse de cette table, par contre, le vestibule est comblé, le bord basilaire est déformé, il assure 3 travers de doigt, dans le sens vestibulo-lingual au niveau de la canine gauche.

Cette tumeur osseuse est dure sauf dans la région canine où elle apparaît rénitente ; cette portion rénitente est recouverte d'une muqueuse bleuâtre. Partout ailleurs, la muqueuse est normale.

La radiographie montre une image radioclaire, grossièrement ovalaire, à contours assez nets. Traits de refend à la partie antérieure de l'image.

L'extension s'est faite vers la baguette basilaire d'une façon générale les tables externes paraissent plus déformées que la table interne qui n'est atteinte que dans

.../..

sa partie inférieure au niveau de la limite antérieure de la tumeur.

Par contre, des films rétro-alvéolaires mettent en évidence des phénomènes de rhyzalyse au niveau des incisives, canine et première prémolaire inférieure gauche.

Un examen radiologique osseux complet ne décèle aucune anomalie en dehors d'une image radio-claire qui se projette à gauche au niveau de l'occipital.

Cette image est retrouvée sur le cliché de profil comblant tout le fond de la fosse occipitale avec limite supérieure de condensation assez nette, il semble cependant après multiplications des incidences qu'il ne s'agit pas d'une image pathologique.

Les examens humoraux :
- phosphatases acides..... 6,34 U.B
- phosphatases alcalines..... 0,64
- calcémie..... 104 mmg

Numération et formule

- Hématies..... 3.930.000- hémoglobine 100 %
- leucocytes..... 6.900
- eosino..... 5%
- Polyneutro..... 61 %
- Baso..... 0 %
- lympho petits..... 26 %
- " grands..... 5 %
- Monocytes..... 3 %

Bilan calcique
- calcium ingéré..... 3,126 g
- " urinaire..... 0,232 pour 5,100
- " fécal..... 2,030 pour 225
- " éliminé..... 2,302 g
- calcium fixé..... 0,824 g

Devant le caractère isolé de la tumeur osseuse, l'intervention est faite le 28 janvier 1958.

"sous anesthésie générale, incision sous maxillaire gauche, on tombe presque immédiatement sur une tumeur qui détient toute la partie externe de l'os".

Cette tumeur se coupe facilement au bistouri et donne l'impression de tissu hépatique : la disection de l'os s'étend sur plus de 6 cm de large et 4 cm de haut. - Lorsque la plus grande partie de la tumeur a aussi été réséquée au bistouri, on découvre un plan de clivage entre la tumeur et l'os qui permet de cliver facilement le reste de tumeur.

La cavité osseuse apparait alors formée de logettes osseuses multiples qui diffusent en avant à droite vers la région canine : à gauche vers la région molaire.

Au fond de la cavité apparaît le nerf dentaire sectionné.

Les parois de la cavité osseuse sont constituées par un os relativement dense et non pas poreux et congestionnné comme on le trouve habituellement dans les tumeurs à myéloplaxes.

2 éponges de spongel avec thrombase capitonnage, suture.

Histologiquement : Pour ces trois observations les tumeurs présentent un aspect variable. On note une prolifération fibroblastique très dense dont les cellules riches en collagène se disposent en faisceaux tourbillonnants. Cet aspect est, en certains points modifié. Il existe de larges plages moins riches en fibres collagènes renfermant des cellules multinucléées. Ces cellules géantes sont parfois anastomosées aux éléments histiocytaires ou fibroblastiques, d'autres fois participent à la formation de l'endothélium de certains capillaires. Parfois enfin elles sont situées au contact de régions où la substance fondamentale subit une métaplasie ostéoïde. Dans d'autres plages coexistent au sein de la prolifération fibroblastique de véritables travées osseuses métaplasiques donnant à la tumeur cet aspect caractéristique de fibroblastome ossifiant.

Le caractère de ces observations est d'abord que les tumeurs se développent sur des sujets jeunes chez lesquels on ne note pas de traumatisme antérieur. Cette évolution s'effectue vers le bord basilaire sans signes généraux et fonctionnels. Elles respectent l'angle et le bord alvéolaire et déforment le bord basilaire. Les dents sont déplacées, les racines rhyzalysées.

Les radiographies ont des zones radioclaires à contours assez nets, sans liseré osseux périphérique sans rupture de la corticale. La clarté centrale n'est pas homogène, des traits de refend s'y aperçoivent de plus en plus nettement.

Macroscopiquement, la tumeur de consistance fibreuse blanchâtre et rougeâtre refoule à la périphérie le tissu osseux réalisant ainsi un véritable plan de clivage.

.../...

Observation n° 10 : CHAMPION, MOULE, WILKINSON (BRISTISH DENTAL JOURNAL)

Le compte rendu de ce cas a pour but principal d'attirer l'attention sur la grande taille que ces tumeurs peuvent atteindre en un temps relativement court. Un hôpital, où elle avait été traitée pour une brûlure à la jambe, envoya la patiente, une femme de 47 ans dans notre service ; elle fut admise le 10/3/47 et notre première réaction en la voyant fut la stupeur de constater qu'une personne vivant dans une ville de ce pays ait pu laisser une tumeur grandir jusqu'à une taille pareille sans consulter. Cependant, elle était une épileptique chronique, au Q.I bas, ce qui dans une certaine mesure, explique son désintérêt.

L'inspection montra que la patiente avait un gonflement qui occupait la totalité de la mandibule du côté gauche et s'étendait du condyle à la symphyse, dont le bord inférieur atteignait presque la clavicule, et avec une expansion latérale considérable. Elle ne se plaignait pas de douleur ou d'inconfort, et son seul souci était qu'elle était incapable depuis quelques temps de porter son dentier inférieur à cause du gonflement de sa bouche.

L'examen montra que le gonflement du côté externe était dur mais légèrement élastique et suggérait qu'une mince couche d'os recouvrait une tumeur pleine de tissu ; la peau qui recouvrait bougeait librement et était d'apparence normale. A part une rougeur, là où les dents supérieures y avaient mordu, le reste de sa bouche semblait normal.

Le mouvement des articulations temporo-mandibulaires était intact mais l'expansion verticale de la mandibule causée par la tumeur empêchait la fermeture totale. La sensibilité de la lèvre et du menton était normale, et il ne semblait pas y avoir eu de dommage causé au nerf dentaire inférieur. Son état physique général était assez bon.

L'histoire de la croissance tumorale relatée par la patiente, était vague, et était plus ou moins limitée au fait qu'elle avait été dans l'incapacité de porter son dentier inférieur depuis quelques temps, ce qui semblait être sa seule préoccupation. Cependant, nous pûmes entrer en contact avec le dentiste qui lui avait enlevé les dents cinq ans plus tôt, et il déclara qu'il n'avait pas remarqué d'épaississement anormal de la mandibule à ce moment là.

Des clichés furent pris dans une position antéro-postérieure et en position latérale. Ils montrent une masse à demi calcifiée de la taille d'une orange, qui paraît avoir remplacée l'emsemble de la partie gauche de la mandibule, en s'étendant de la symphyse au condyle. Tout ce qui semblait être resté de la mandibule était une mince couche d'os recouvrant la tumeur. La densité faisait penser à un fibrome ossifiant.

Examen général : on ne trouve pas d'autres gonflements osseux. La numération globulaire était normale. L'analyse chimique du sant, y compris le calcium, la phosphatase et le cholesterol, était normale partout.

TRAITEMENT : En supposant que l'on pouvait séparer aisément la tumeur de sa mince couverture osseuse, il semblait probable que la portion fragile de la coque laissée ne serait pas assez forte pour assurer la continuité et se fracturerait. L'alternative semblait être soit de réséquer la mandibule avec la tumeur ou de découper pour ôter la majeure partie de la tumeur, en laissant assez pour servir d'attelle et donner un appui à la mandibule évidée sur le côté linguel, dans l'espoir que, une fois la pression supprimée, l'os pourrait épaissir de nouveau et permettre ainsi que l'on ôte la portion restante de la tumeur à une dat ultérieure.

Finalement on décida de faire l'opération avec ce but en vue.

Opération (le 25/3/1947). On pratiqua une incision le long du bord inférieur de la tumeur, depuis le lobe de l'oreille jusqu'à la symphyse, et on replie vers l'arrière la mince couche de tissu qui la recouvrait. L'os qui couvrait la tumeur était très mince et pouvait être coupé au bistouri ; on le détache facilement de sa surface externe et inférieure. On put couper au bistouri la tumeur qui ressemblait à un fibrome. Grâce à une incision horizontale la moitié inférieure fut découpée, à peu près au niveau de la position du bord inférieur d'une mandibule normale, puis grâce à une incision verticale la majeure partie du reste fut enlevée de la surface externe, ce qui était suffisant pour restituer le contour normal du visage.

N tre but était de laisser la partie restante de la tumeur pour qu'elle agisse comme une attelle sur sa mince couverture osseuse sur son côté lingual. On remarqua cepdndant que, au fur.. et à mesure que se déroulait l'excision de la tumeur, la portion restante tendait à se séparer de sa mince capsule osseuse. Considérant la façon lâche dont elle était attachée et l'aisance avec laquelle la tumeur se séparait de l'os, il semble possible de

.../..

continuer et d'enlever la totalité de la tumeur sans détruire la continuité de la mandibule, malgré sa nature fragile ; on effectua ceci avec succès. Après l'ablation d'une bonne partie du tissu tendre en excès, on suture la plaie sur plusieurs plans.

La patiente effectua une guérison sans ennuis et sortit le 25/4/1947 un mois après l'opération.

ANATOMO-PATHOLOGIE :

La tumeur mesurait 12 cm sur 9,5 cm et 7,5 cm de hauteur, pesait 14,5 onces, et était recouverte d'une capsule fibreuse lisse. Si on la coupait, on pouvait sentir des petites régions de calcification. La surface de coupe avait l'apparence d'un tissu fibreux dense et avasculaire.

HISTOPATHOLOGIE : La section consiste en un stroma de fibroblastes relativement avancés, aux noyaux bien marqués. Des masses calcifiées amorphes sont éparpillées partout. Ici et là il y a des cellules d'inclusion dans les régions calcifiées qui ont alors l'apparence dos non formé, mais en gros la calcification semble s'être produite sans matrice fibrillaire ; on put classer la tumeur comme un fibrome ossifiant.

.../..

Observation n° 11 : HESLOP (MANCHESTER)

La patiente une jeune fille de 16 ans, fut envoyée par son chirurgien dentiste pour le traitement de ce qu'il pensait être un kyste dans la région 43/. La lésion n'avait occasionné aucun symptôme et la patiente ne se rendait pas compte qu'elle avait une hypertrophie de la mâchoire du côté droit.

EXAMEN

Extra-buccal - Il y avait un léger gonflement sous et derrière l'angle de la mâchoire du côté droit. La peau qui le recouvrait était de couleur et de consistance normales et n'adhérant pas au gonflement que l'on trouva dur et non sensible, au toucher. Il n'y avait pas d'anesthésie de la lèvre.

A l'examen endo-buccal $\frac{754321/1234567}{765321/1234567}$ étaient présentes dans la région 52/ il y avait un gonflement hémisphérique lisse ayant l'apparence d'un kyste dentaire. La muqueuse qui le recouvrait était de couleur normale, mais en palpant on vit que la masse avait la dureté de l'os sans observer la fluctuation que l'on aurait attendue pour un kyste de taille comparable. Il y avait une divergence des axes de 4/ et 3/ sans séparation des couronnes.

Aspect radiographique : Le cliché intra-oral, révéla la présence d'une région translucide entre 4/ et 3/, dont les racines étaient divergentes à un degré prononcé. Il y avait un contour très net autour de la région anormale, mais une fine trabéculation était visible à l'intérieur. Le cliché occlusal, montra encore mieux cette trabéculation

On pense que la tumeur était un fibrome (central ossifiant) ou peut être une tumeur à myéloplaxes, mais elle n'avait pas l'aspect en "bulle de savon" de ce dernier.

TRAITEMENT

Sous anesthésie endotrachéale, on rabattit un plan mucopériosté buccal dans la région 5 - 2/. Une mince coque d'os fut détachée au ciseau de la surface de la tumeur. L'exposition ainsi créée fut élargie à l'aide de la gouge et la masse fut alors aisément soulevée de son lit en un seul morceau. La 4/ fut extraite.

La guérison s'opéra sans incident, la plaie guérit bien et des radiographies prises six mois plus tard montrèrent les signes d'une régénération osseuse à l'intérieur de la cavité.

.../..

HISTOPATHOLOGIE

Le specimen se composait de jeune tissu fibreux connectif cellulaire disposé en amas typiques d'un fibrome.

A l'intérieur de ce tissu il y avait beaucoup d'ilôts de tissu calcifié et une petite quantité d'amas osseux. C'était un fibrome central ossifiant.

Cet exemple de fibrome des mâchoires paraît s'être formé de façon "centrale" et contient des régions de calcification et d'ossification.

Observation n° 12 : RICHARD SPITZER D.M.D (Londres)

Le cas présenté est celui d'une femme âgée de 29 ans que j'examinais pour la première fois en mai 1953 en raison d'une douleur névralgique paroxystique dans le côté droit du visage, douleur qui avait duré plusieurs semaines.

Elle ne pouvait localiser cette douleur à un endroit défini, car la région de l'os temporel, l'oeil droit et la mâchoire supérieure droite étaient également sensibles.

Récemment son état avait empiré progressivement et elle avait subi une lègère enflure de la joue droite.

Les symptômes cliniques essentiels étaient un oedème moyen du côté droit du visage s'étendant de la région sous orbitaire à l'articulation temporo-maxillaire et plus bas jusqu'à l'angle de la mâchoire.

Un examen endo-buccal révéla une excroissance de la tubérosité maxillaire droite obstruant le sulcus buccal. La déformation s'était aussi étendue vers la partie méciane provoquant une déformation du palais dur et affectant le palais mou. Sous le périoste on pouvait sentir une masse irrégulière d'une dureté osseuse. La muqueuse était lisse et d'une couleur normale et ne portait aucune ulcération ou fistules - toutes les molaires droites manquaient.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Une radio intra-buccale de la région maxillaire prémolaire et molaire ne montra rien d'anormal. Une position antéro-postérieure révéla la présence d'une molaire complètement développée, en position ectopique sa couronne se trouvait au dessus du palais, au niveau de la fosse nasale.

L'apex de la dent était au niveau de la voûte nasale médiane. Une grande masse de densité osseuse, aux limites bien définies était en contact avec la couronne de la dent. Dans la radio de profil il apparut que la dent était située tout contre le processus ptérygoide latéral et la fosse ptérygoide. La radio montrait de plus que la tumeur remplissait la tubérosité maxillaire entière et envahissait aussi la cavité antrale.

La tumeur elle même n'est pas d'une architecture uniforme, mais présente un aspect légèrement tâcheté. Elle est principalement radioopaque, mais quelquefois de petites surfaces radio transparentes sont visibles.

Diagnostic : Sur les données de l'anamnèse et des découvertes diniques et radiologiques on établit un diagnostic expérimental d'odontome.

Traitement : Durant l'opération on fit une incision en forme de L inversé le long de l'arête alvéolaire, s'étendant de la limite postérieure de la tubérosité jusqu'à la région prémolaire puis jusqu'au palais. Après que le lambeau ait été

.../...

soulevé, on put voir tout de suite que la tumeur s'était développée dans l'os spongieux. La substance corticale du palais aussi bien que buccale montrèrent une élévation et une distension considérable mais non une érosion complète. On obtint facilement une exposition totale de l'excroissance en enlevant des segments de cortex semblables à la coquille d'oeuf.

On découvrit alors que la lésion avait empiété sur la cavité antrale et qu'il n'existait aucune séparation entre l'excroissance et le sinus maxillaire excepté la muqueuse de garniture de ce dernier. Celle-ci fut arrachée en soulevant la tumeur. La molaire put alors être localisée derrière une couche de tissu fibreux à l'extrémité supérieure et postérieure de la cavité osseuse qui s'était avancée dans l'espace normalement occupé par la fosse intra-temporale.

De cet endroit la dent fut finalement extraite dans son entier. L'incision au dessus de l'arête alvéolaire et du palais fut suturée et un pansement de gaze fut inséré dans la fosse postérieure du maxillaire supérieur. Il n'y eut aucune complication pos-opératoire et un examen clinique et radiologique 2 mois plus tard confirma ce résultat satisfaisant.

Découvertes pathologiques :

Sur un examen anatomique, on découvrit que la tumeur mesurait 11 mm. Elle était extrêmement dure et avait une surface lisse, une profonde entaille sur le côté occlusal de la dent montra l'endroit où les 2 corps avaient été en contact.

HISTOLOGIE

Un examen histologique montra que le specimen se composait de tissu fibreux comportant des foyers de calcification et de l'os. Ceci est compatible avec un diagnostic de fibrome ossifiant ou ostéo-fibrome.

.../..

Observation n° 13 : J. VIGNEUL (Paris)

T. Paulette, 31 ans, adressée pour tumeur mandibulaire ; il existe, en effet, une volumineuse tumeur intéressant la branche horizontale et l'angle gauche.
L'évolution s'étend sur plus de 15 ans. Longtemps limitée, apparemment stabilisée, indolore, la tumeur augmente franchement de volume depuis 4 ans. Il n'y a pas de signes fonctionnels (ni douleur, ni gêne à l'ouverture buccale).

A l'examen, la déformation des traits est importante, la tumeur empaume la mandibule. La peau distendue n'est pas modifiée. Il n'y a pas de ganglions.

Le vestibule inférieur est comblé, la table interne soufflée ; la branche montante paraît un peu épaissie. La muqueuse est normale.

Le palper montre une tumeur dure, vallonée, mais de consistance identique en tous points et parfaitement indolore. Peau souple et mobile sur la tumeur.
Il n'y a pas d'anesthésie mentonnière. Les dents en regard sont déviées, saines, la dent de sagesse légèrement mobile.

Les radiographies fournissent des renseignements intéressants. En effet, on trouve une image très particulière, associant des lacunes homogènes, peu étendues, à de larges plages condensées, pseudodystrophiques et une corticale très dense et épaissie. Les limites un peu imprécises en avant sont nettement dessinées en arrière, au niveau de l'angle.

Les tomographes explicitent cet aspect métissé : sur certaines coupes sagittales, des lacunes bien dessinées, séparées par des cloisons denses ; sur d'autres, des plages remaniées "dystrophiques" avec des trainées ossifiées, en particulier au niveau de la basilaire très épaissie, éburnée.

Ces aspects radiologiques ne confirment pas le diagnostic d'améloblastome d'abord envisagé, mais celui de fibrome ossifiant.

Deux ordres d'examen sont alors prévus :

- d'une part, des examens de laboratoire et des radiographies du squelette en vue d'éliminer un processus type dysplasie fibreuse des os de Jaffe-Lichtenstein.

- d'autre part, une biopsie.

Phosphatases sériques, calcémie, électrophorèse et immunoélectrophorèse normales ; sur les radiographies, intégrité du squelette.

.../..

Observation 13

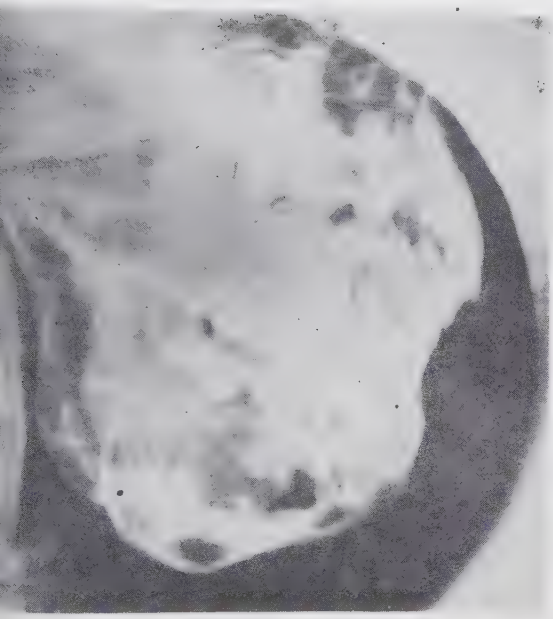


Fig. 1

Fig. 2

Lacunes homogènes peu étendues.
Larges plages condensées -
Corticale dense et épaissie

Tomographie sagittale : Lacunes séparées par des cloisons denses.
Trainées ossifiantes au niveau de la basilaire.

Quant à l'examen histologique après biopsie, il va confirmer le diagnostic de fibrome ossifiant :

- prolifération tumorale bénigne, constituée par un conjonctif riche en fibroblastes à noyaux réguliers, sans mitoses, groupés en faisceaux tourbillonnants et renfermant de multiples travées osseuses fines, de type spongieux, creusées de quelques lacunes renfermant des ostéocytes. La corticale osseuse, très épaisse, est faite d'un os éburné, dont les canaux de Havers sont rétrécis par appositions osseuses successives.

Conclusion :
aspect typique de fibrome ossifiant.

2.2.68 extraction de d4 et biopsie pour contrôler l'extension tumorale :

réponse : lamelles osseuses densifiées avec de très fines cavités médullaires et des cavités ostéocytaires souvent déshabitées. Tissu conjonctif fibreux. Aucun signe de tumeur.

courant février : appareil guide : temps préparatoires et prise de gabarit pour prothèse interne (Docteur BENOIST).

7.3.68 : résection interruptrice avec prothèse incluse et greffe iliaque (service Professeur CERNEA).

.../..

Observation n° 14 : H. BRABANT, W. SMETS et D. BERKENBAUM
(Bruxelles)

Il a été observé chez une jeune fille de 12 ans, L.R... qui nous était envoyée pour traitement d'un volumineux kyste mandibulaire paraissant odontogène, à point de départ de d6, cariée et infectée. L'interrogatoire et les divers examens généraux et locaux ne révélèrent rien de particulier si ce n'est l'existence d'un ancien traumatisme mandibulaire à ce niveau, remontant à plusieurs années auparavant et aussi la présence d'un second kyste dentigère contenant d3 et d4 refoulées vers la base de la mandibule.

La ponction de ce dernier kyste ramena le liquide habituel des kystes dentigères riche en cristaux de cholestérine. L'exérèse chirurgicale de ce kyste se termina par une guérison simple et rapide.

Au contraire, la ponction du second kyste fournit uniquement du sang paraissant sous pression. L'exploration de cette cavité révéla l'existence d'une poche du volume d'un oeuf au sein d'un os très aminci, sans paroi kystique et remplie de sang en partie coagulé. Le diagnostic de "kyste hématique" fut alors posé. des prélèvements de la paroi osseuse montrèrent la structure d'un os tout à fait normal.

La cavité se combla rapidement, mais la cicatrisation exéburante obligea à faire une nouvelle biopsie, dont le résultat conclut sans discussion possible à un ostéofibrome mandibulaire.

L'exérèse large de la tumeur (mais sans résection mandibulaire) fut suivie d'une nouvelle prolifération de cette tumeur qui envahit l'angle et la base de la branche verticale de la mandibule. L'exérèse de la mandibule, depuis la région sous-sigmoïdienne jusqu'au menton fut alors décidée et pratiquée. Une greffe iliaque fut placée pour remplacer l'hémi-mandibule manquante. Les suites se montrèrent excellentes.

Actuellement, une prothèse squelettique inférieure a été placée. Les résultats, tant au point de vue esthétique que masticatoires sont très bons. La guérison se maintient depuis environ 2 ans.

Le diagnostic histopathologique de la seconde tumeur révéla l'existence d'une prolifération de nature ostéo-fibromateuse, mais comprenant une partie importante de plages cémentaires riches en fibres de Sharpey.

.../..

Les recherches que nous avons faites dans la littérature ne nous ont pas jusqu'ici permis de retrouver la description d'un autre cas semblable.

-*-*-*-*-*-*--

Observation N° 15 - : S. PALAZZI et A. BARATIERI -(Milan)-

M.O, 50 ans, s'est présenté à notre clinique en décembre I958. Il accusait une enflure à la région génienne supérieure droite. Cette altération, très apparente, s'était progressivemen développée en quinze ans, jusqu'à atteindre les dimensions d'une petite orange. L'examen clinique révèle une grosse tumeur dure, osseuse, située dans la région géno-zygomatique supérieure et s'étendant du bord inférieur de l'orbite jusqu'à la surface triturante des dents antagonistes, en position de bouche fermée. La masse tumorale a un aspect globulaire.

La zone correspondant à la tumeur est dépourvue de dents et présente sur toute sa surface des entailles laissées par la surface triturante des dents antagonistes sous forme de petits creux correspondant à la trace des couronnes respectives, qui articulent nettement la mastication.

La malade mâche sur cette muqueuse à l'aide de ses dents inférieures, la mastication s'effectue également du côté opposé, en dépit de l'édentation presque totale.

L'examen manuel permet de déceler une tension considérable de la masse tumorale, identifiable même "de visu", la masse en question n'est cependant pas douloureuse, la muqueuse qui la recouvre a un aspect normal - exception faite de la présence des creux dentaires décrits plus hauts- sans aucune particularit en ce qui regarde la consistance et la couleur. Oedème absent. La décision du malade d'entrer en clinique semble motivée par deux causes : d'une part, la tuméfaction devenue fastidieuse sinon douloureuse, de l'autre, le problème de la mastication contrainte de s'exercer sur la muqueuse recouvrant la tumeur.

Les pressions exercées sur la surface tournée du côté de la bouche ainsi que vers la joue et le palais, ou vers le côté opposé, révèlent une consistance identique à celle qui a été précédemment décrite à propos de la surface triturante de la tumeur. La masse tumorale s'étend au delà de la ligne médiane du palais et occupe une partie de la voûte palatine, déterminant à la place de la concavité ordinaire, une convexité évidente principalement remarquable dans la partie médiane et dans la partie droite du palais : élément diagnostique fréquent, également présent dans les constatations d'autres auteurs à propos des formations fibro-ostéogéniques du maxillaire supérieur.

Vers l'autre côté du palais, la tumeur s'étend également du côté de la région frontale, où elle semble franchir la ligne médiane et s'approcher du siège du seul élément dentaire frontal résiduel, l'incisive latérale gauche. Le cul-de-sac gingival supérieur droit à complètement disparu, car - le volume de la tumeur a déterminé l'invasion complète de la partie haute de la joue, de sorte qu'on peut dire que la muqueuse de revêtement de la tumeur passe directement par la paroi interne de la région centrale, sans la moindre trace du cul-de-sac normalement présent dans cette région.

La percussion de la tumeur, effectuée à l'aide d'un flexomètre et d'un marteau, donne un son assourdi comme s'il s'agissait d'une masse compacte, dure et consistante. Tout mouvement exercé sur la tumeur pour voir si elle est mobile par rapport aux tissus sous-jacents, donne l'impression de l'existence d'une masse néoplasique adhérant fortement à l'os maxillaire et constituant, lors de l'exécution des essais de mobilité, un tout unique avec l'os lui-même. La muqueuse recouvrant toute la tumeur est adhérente et il est par conséquent impossible de la déplacer sur la masse tumorale. Au cours de l'occlusion, l'activité de toute la région au point de vue fonctionnel s'avère normale : le malade peut exactement serrer les dents et déterminer même des pressions sur la muqueuse de revêtement de la tumeur : d'autre part, cette muqueuse n'est le siège d'aucune douleur lors de cette stimulation, vu l'absence de toute compression sur les ramifications nerveuses éventuellement déplacées ou intéressées par la masse tumorale. En effet, le malade mâche constamment sur cette zone, et nous en voyons la trace dans les marques des dents antagonistes, compte tenu également de l'édentation presque complète de la région opposée de la cavité buccale, qui ne permet au malade d'utiliser aucun autre siège de mastication.

Comme dans la quasi-totalité des cas décrits dans la littérature, on ne constate ici aucun phénomène douloureux, ni spontané, ni par effet de la stimulation.

L'oeil droit semble légèrement déplacé vers le haut, du fait évidemment de la présence de la tumeur qui ne fait que s'accroître, au dire du malade, dans toutes les directions : la fosse canine donne l'impression d'être plainement entrainée dans la masse tumorale qui l'a complètement aplatie et incorporée à ses structures ; il en est de même, cliniquement, du sinus maxillaire, selon les résultats de notre examen objectif. Par contre, la base des méats nasaux semble avoir échappé à l'invasion.

.../..

Les données anamnésiques familiales et collatérales excluent toute affection héréditaire ; le malade affirme qu'aucune personne de sa famille n'a jamais souffert d'aucune affection ostéitique ou ostéogénique productive ou régressive, d'aucune prolifération anormale des os maxillaires et en général d'aucune dysplasie osseuse du squelette. L'histoire personnelle accuse un seul cas de paludisme pendant la jeunesse du malade, sans aucune autre donnée digne de considération.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Le contrôle radiologique montre une profonde altération de la région maxillaire supérieure droite, caractérisée par une vaste image très opaque à la place du tissu osseux normal. Cette image se différencie de tout tableau de fibrome ossifiant par l'absence de transparence radiologique de ces formations et présente également certains éléments différentiels importants par rapport aux dysplasies fibreuses, en premier lieu celui d'un contour suffisamment net : radiologiquement, la néoplasie s'étend à une grande partie du maxillaire supérieur droit, qui se trouve être de ce fait largement déformé. L'image radiologique confirme l'invasion et la disparition complète du sinus maxillaire et de la fosse canine.

On remarque, dans l'ensemble, une altération vraisemblablement déterminée, suivant les données radiologiques, par une grande lésion ostéomateuse ou fibro-ostéomateuse ; la différenciation entre ces deux formes sur simple base radiologique est d'une difficulté reconnue.

INTERVENTION CHIRURGICALE

A l'issue des examens cliniques, des études de laboratoire, et des recherches radiologiques, la décision est prise de délivrer le malade de cette néoplasie. Il est admis à la clinique chirurgicale générale de l'université de Pavie, où l'intervention est pratiquée par le Professeur TINOZZI, Directeur de la Clinique.

Le malade est d'abord soumis à l'anesthésie générale (pré-anesthésie de Penthotal et intubation trachéale par voie nasale).
Une longue incision est pratiquée sur la ligne médiane de la tumeur au niveau de la bouche. Après décollement de la muqueuse, la masse tumorale mise à nu se présente comme un corps blanc, dur, non pierreux. La muqueuse est desséchée et l'on procède de manière à constituer deux bords pour la fermeture finale de la brèche ouverte. La tumeur est ensuite éliminé à l'aide du scalpel et d'appareils mécaniques montés sur trépan. Cette exérèse dure environ deux heures et demie. La partie de la masse tumorale adhérant à l'os maxillaire

.../..

supérieur est moins consistante, plus irrégulière en surface presque spongieuse ; son exérère est par conséquent plus facile. Aucune hémorragie au cours de l'intervention en dépit de la durée considérable de l'opération, aucune complication ne s'est manifestée. L'intervention, effectuée avec une grande prudence, n'a causé aucune lésion au voisinage de la tumeur, qui avait des adhérences profondes jusqu'à la base du crâne.
La masse tumorale excisée s'impose à notre attention par son étendue ; il s'agit d'une néoplasie de 6 cm de profondeur (longueur antéro-postérieure) sur 4,8 cm de largeur et 2,2 cm d'épaisseur, depuis la surface de la muqueuse au siège opposé de son origine sur l'os maxillaire. Aucune particularité quant à la couleur ; surface généralement assez lisse, à part la face interne ou supérieure, trounée vers l'os maxillaire, qui était plutôt irrégulière et granuleuse par endroits,. Consistance uniformément dure, comme dans la généralité de ces néoplasies.
Le cas de la manifestation d'une pareille tumeur chez un malade de cet âge est particulièrement intéressant : les données fournies par la littérature confirment l'impression que les progrès d'une néoplasie de ce genre au delà de 40 ou 45 ans (c'est le cas de notre malade), sont tout à fait exceptionnels. Dans notre cas, c'est justement de 48 à 56 ans que la masse tumorale s'est développée le plus considérablement et qu'elle a pris son aspect final.

RESULTATS de l'OBSERVATION MICROSCOPIQUE

Distribution de tissu fibreux et de tissu osseux dans la masse tumoral.
Au centre entre les trabécule osseuse, les tissus fibreux alternent avec des trabécules ostéoïdes irrégulières.
Au grossissement supérieur on s'aperçoit que la masse fibreuse qui s'insinue entre les trabécules n'adhère pas toujours au tissu osseux.
La vascularisation est abondante au centre de la tumeur, on perçoit des hématies, à proximité des trabécules osseuses adossées au tissu ostéoïde.
Les coupes colorées par la méthode de MALLORY montrent que les zones d'immaturité osseuse prédominent.

En somme dans la préparation toutes les formes évolutives sont présentes depuis le fibrome ossifiant jusqu'à l'ostéome fibro-ostéoïde avec prédominance de ce dernier et les auteurs concluent que cette constatation les autoriserait à donner à la néoplasie étudiée la dénomination d'ostéome fibro-ostéoïde.

.../..

Observation nº 16 : GIRAUD, LELON, MOULONGUET (Alger)

Il s'agit d'un malade âgé de 32 ans, hospitalisé à la clinique O.R.L de l'hôpital Mustapha pour tuméfaction gingivale supérieure.
Le début de l'affection remonte à 1948 : le malade signalait l'apparition d'une tumeur de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur ; il est alors hospitalisé et opéré : ablation tumorale et greffe osseuse.
Dix ans plus tard, en 1958, le malade constate l'existence d'une nouvelle tuméfaction qui soulève à droite la lèvre supérieure et la joue ; quelques mois après, une autre tuméfaction se manifeste à gauche et soulève également la joue.
Il n'existe aucun phénomène douloureux spontané, mais l'augmentation progressive de ces masses tumorales arrive à gêner la mastication, ce qui détermine le malade à consulter.
A son entrée dans le service, on constate l'existence d'une tuméfaction importante de la lèvre supérieure droite qui efface partiellement le sillon naso-génien. L'aspect est identique à gauche, mais la tumeur est moins développée, la pression sur ces masses tumorales est légèrement douloureuse.
L'examen-endo-buccal montre que le sillon gingivo-jugal est comblé par une masse arrondie et dure au toucher, ne donnant aucune crépitation osseuse. La dentition supérieure est en très mauvais état.

A la ponction, l'aiguille tombe sur une masse de consistance dure qu'elle pénètre cependant assez facilement. Il n'y a pas d'issue liquidienne.
L'examen rhinoscopique montre l'intégrité des fosses nasales.
Les clichés radiologiques standard de face montrent une surélévation des planchers des deux sinus maxillaires.
Le droit est presque totalement comblé par le processus tumoral, le gauche n' l'est qu'à moitié seulement, la partie supérieure et interne de ce sinus étant de transparence normale.
Le contour de ces masses tumorales est arrondi et très net.
Les incidences de profil et de Hirtz ne décèlent rien d'anormal au niveau des autres cavités sinusiennes.
Les tomographies montrent en coupes frontales et sagittales le même aspect. Elles sont caractérisées par un processus d'ostéolyse et d'ostéogénèse.

Le bilan humoral s'avère négatif.
Intervention : anesthésie générale sous intubation.
On tombe sur une tumeur blanchâtre compacte, dure, bien limitée ayant érodé tout le rebord osseux.

.../..

Clivage facile entre tumeur et plan osseux. Exérèse totale de la tumeur. Elle est pédiculisée dans son segment postéro-inférieur et la section du pédicule entraine une hémorragie de moyenne abondance jugulée par l'électro coagulation.

Suites opératoires banales.

La pièce envoyée au laboratoire (Professeur LAFARQUE) montre une tumeur dont la section crisse sous la lame. L'examen histologique montre que la tumeur est formée de faisceaux cellulaires denses tourbillonnants et plexiformes. Les cellules sont des fibroblastes morphologiquement normaux. Entre elles, fibres collagènes assez abondantes.
Des travées collagènes plus épaisses contiennent de nombreux dépôts crétacés.
Le tissu tumoral est riche en vaisseaux.
En définitive fibrome calcifié histologiquement bénin.Le côté droit montre également une tumeur de même type extraite avec la même facilité.

EWING et MALLORY rattachent le fibrome ossifiant à la dysplasie fibreuse des os et nos fibromes calcifiés multiples font partie de cette variété nosologique.

Nous avons cité cette observation qui est intéressante parce qu'elle montre une atteinte multiple des maxillaires à évolution lente, remontant à dix années. Mais au point de vue histologique on ne trouve pas comme dans le fibrome ossifiant typique, les plages ostéoïdes et la métaplasie osseuse d'os immaturé.
Mais peut être s'agit-il de la transformation d'un fibrome vrai en ostéome ?

.../..

OBSERVATIONS PERSONNELLES

- FIBROMES VRAIS -

Observation n° 17 - FIBROME VRAI

S. Leïla : petite fille de 5 ans, originaire d'Alger, dirigée sur notre service pour tumeur de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

L'interrogatoire nous apprend que la tumeur est apparue il y a un an suivant une évolution lente, tout à fait indolente et sans signes inflammatoires associés.

A l'inspection la tumeur se présente comme une bille soulevant les téguments dans la région génienne basse au niveau de D6 et D $\overline{V}$ - la peau est de coloration normale.

Bien limitée et non dépressible, la tumeur de la grosseur d'une noisette est d'une dureté osseuse faisant corps avec l'arc mandibulaire. Il n'y a aucune chaleur locale, ni pulsation suspecte.

Les aires ganglionnaires ne montrent pas d'adénopathie. Il n'y apas de signes d'anesthésie labio-mentonnière.

L'exploration endobuccale laisse voir un vestibule libre. Seule la table externe est soulevée légèrement en regard de D6, les dents sans carie et sans mobilité sont parfaitement disposées.

L'examen radiologique nous montre une image radio claire uniloculaire de la grosseur d'une noix située en avant de la face mésiale de la dent de 6 ans encore incluse. Des racines des dents de lait ne touchent pas à la cavité kystique.

.../..

En résumé, nous sommes devant une tumeur intra-osseuse évoluant chez un enfant de 5 ans sans signes cliniques de malignité présentant les caractères d'une image pseudo-kystique qui a refoulé l'os sans le perforer. Après avoir écarté le diagnostic d'angiome osseux à cause de l'aspect radiologique différent, nous pratiquons une ponction. L'aiguille après avoir traversé la table osseuse semble s'enfoncer dans un tissu mou, l'aspiration ne ramène aucun liquide.
C'est à ce moment que nous posons le diagnostic clinique de fibrome et l'intervention chirurgicale est décidée en vue d'une exérèse biopsie.

PROTOCOLE OPERATOIRE

Nous opérons sous anesthésie générale, incision longitudinale endo-buccale le long du vestibule allant de D IV à D6. Nous décollons les plans muqueux, l'os est mis à nu, la voussure osseuse est découverte, nous réséquons l'os au burin par petits coups, Une fois la brèche ouverte, nous continuons à la pince-gouge et nous dégageons ainsi progressivement la tumeur qui parait charnue et de consistance molle.

La tumeur est extraite sans difficulté. La cavité osseuse apparait nette et propre sans qu'il soit nécessaire de curetter. Nous y plaçon une mèche iodoformée.

Examen anatomo-pathologique

Le fragment soumis à l'examen met en évidence une prolifération cellulaire de la lignée conjonctive du type fibroblastique sans anomalies nucléaires, sans images de mitoses, aucun caractère de malignité.
L'aspect évoque le diagnostic de fibrome.

.../..

Observation n° 18 : FIBROME VRAI

Mme H. âgée de 29 ans se présente à la consultation pour une déformation de la joue du côté droit. Cette déformation avait été précédée par l'avulsion dentaire de la 6/. Cette dent était mobile et douloureuse. Quelques semaines après se sont manifestées une voussure de l'os palatin du côté droit et la déformation juguale. Le caractère de ces déformations est qu'elles sont indolores mais qu'elles n'ont pas retrocédé à l'avulsion dentaire et au traitement antibiotique consécutif.

Il n'existe pas d'adenopathie dans les gîtes ganglionnaires du cou.

Pas d'antécédents pathologiques chez cette malade dont l'examen général ne montre aucun trouble.

Une radiographie faite dans les positions habituelles nez - menton plaque, profil, position de Hirtz, montrent une destruction de l'hemi-palatin du côté droit, de la tubérosité du maxillaire et une occupation sinusienne par une masse à la fois transparente par plages et opaque dans sa partie inter sinuso-nasale.

Les examens de la crase sanguine sont normaux. Les examens pulmonaires de la cage thoracique, du bassin, des fémurs ainsi que les recherches sur la calcémie, la phosphorémie, les protéines du plasma, les phosphatases des résultats normaux.

Nous opérons cette malade en février 1968 : Anesthésie par intubation, endo-trachéale paking, incision de la fosse

.../..

canine jusqu'à la tubérosité du maxilléire. Rugination. Nous tombons sur une masse tumorale non hémorragique mois résistante et accolée aux parois du sinus dont elle est difficilement clivable.

Le clivage de la parti inter sinuso-nasale est laborieux. La partie supérieure de la tumeur a détruit le plancher de l'orbite. Sur la face postérieure et externe du sinus du maxillaire, il n'esiste plus de rempart osseux et la tumeur s'épanouit dans la fosse pterygo maxillaire. Le clivage est laborieux et nous extirpons une masse dense de la grosseur d'une mandarine qui est adressée à l'anatomo pathologiste.

Diagnstic histologique :

L'aspect est celui d'un fibrome ; il est peu cellulaire oedemateux en surface plus dense en profondeur avec à ce niveau édification collagène importante.

Aucune anomalie cytologique.

Activité mitotique pratiquement inexistante.

Sur les fragements examinés, l'aspect ne présente aucun caractère de malignité.

Suites opératoires :

Cette énorme cavité n'a pas été fermée par première intention, nous procédons à un méchage à la mèche iodoformée et la cavité se ferme progressivement.

Ce cas de fibrome qui ne présentait aucune anomalie cytologique est une tumeur rare. Il a présenté une sympto-matologie sinusienne pendant longtemps, c'est à dire muette

.../..

et seul le souci esthétique a amené à la consultation cette malade étonnée de voir sa joue gonfler progressivement sans rémission et sans douleur malgré les traitements qui avaient été prodigués.

Vers le 15 avril 1969 la malade revient consulter. De petites douleurs se manifestent au niveau de la voûte palatine. Il n'y a pas de déformation jugale cependant le palais bombe légèrement dans la bouche.

L'état général est bon. Pas d'anesthésie ou d'hypoesthésie au niveau du sous orbitaire.

Une radiographie : front, nez, plaque ; nez menton plaque, nous montre que le sinus maxillaire commence à être réoccupé par la tumeur qui récidive et qui évolue en bas vers le palais, en haut vers le plancher de l'orbite.

Cette récidive précoce est alarmante. D'autant plus que l'examen histologique fait mention de la présence de mitoses. Cette dégénérescence va nécessiter une exérèse élargie et un traitement adapté aux néoplasmes du sinus maxillaire : radiothérapie et anti-mitotiques.

.../..

Fig. 1

Fig 2.

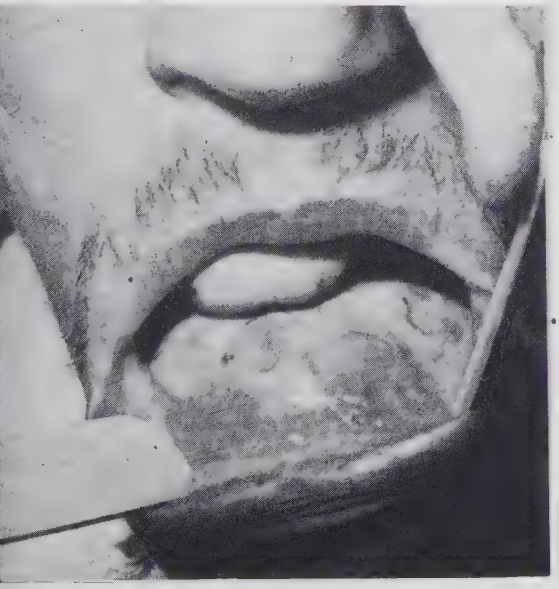


Fig. 3

Fig. 1 : obs. 18: Fibronne vrai (récidive) occupant le sinus maxillaire droit et l'hémipalatin qui bombe dans la cavité buccale.

Fig. 2 : obs. 19 : Fibronne odontogénique. Il ne subsiste qu'une mince couche d'os basilaire.

Image radioclaire, parsemée de plages opaques. Tomographie à 1cm

Fig. 3 : Fibrosarcome ayant détruit la symphyse évoluant dans le plancher de la bouche, refoulant la langue.

Observation n° 19 : FIBROME OD ONTOGENIQUE

Jeune femme de 33 ans qui nous est envoyée de Batna pour tumeur du maxillaire inférieur évoluant depuis 4 ans. L'interrogatoire nous apprend que la tumeur est apparue de façon insidieuxe sans que la malade sache exactement comment, ni à quelle date exacte. De volume beaucoup plus réduit, elle a subi un accroissement notable ces derniers mois. En même temps, ont apparu des douleurs intolérables localisées à la tumeur et diffusant à la face, le crâne et la région cervicale du côté intéressé.

La malade nous signale également qu'elle entend très peu de l'oreille du côté malade, depuis 3 ans. L'examen otologique montre qu'il s'agit d'une surdité de transmission.

A l'examen exo-buccal nous remarquons la tumeur sous forme d'une voussure de la grosseur d'une petite mandarine étendue dans la région génienne basse du côté gauche. Il n'y a aucune coloration anormale de téguments.

A l'inspection, elle est bien limité d'une dureté osseuse, bien adhérente aux plans osseux, sans signes de pulsation ni de fluctution.

La sensibilité labio mentonnière est normale.

L'examen endo buccal nous montre la tumeur localisée dans la région promolaire soulevant les tables interne et externe, nous retrouvons la même dureté osseuse. La muqueuse est de coloration normale. La malade est édentée partielle bilatérale postérieur au maxillaire inférieur. Seul subsiste le bloc incisivo-canin.

Il n'y a pas d'adenopaghie sous maxillaire ou cervicale.
Il s'agit là probablement d'une tumeur bénigne de type d'ostéome ou de fibrome.

EXAMEN RADIOLOGIQUE : profil défilé gauche. Radio de face.
La radiographie maxillaire défilé montre une image radioclaire parsemée de plages opaques.
La tomographie montre 0,5 cm et 1 cm l'image d'une tumeur bien encapsulée ayant respecté une faible partie de la ligne basilaire et présentant des zones claires, d'autres, pommelées.
Le nerf dentaire est refoulé vers le bord basilaire.
Cette image tumorale à plages claires et d'autres bien opacifiées fait songer à une tumeur très métisée.

LE 11/6/68 Intervention :

La malade est opérée sous anesthésie générale. L'abord de la tumeur se fait par voie cutanée par incision de 5 cm de long du rebord basilaire respectant la branche basse du facial. Nous décollons à la rugine et nous découvrons une tumeur volumineuse. La corticale externe est réduite à une péllicule osseuse. Nous réséquons cette dernière à la gouge, la tumeur apparait alors dans sa totalité comme une masse inerte, homogène d'aspect et de la grosseur d'une balle de tennis. Elle se laisse facilement cliver des plans osseux.

Après l'exérèse de la masse tumorale, nous pratiquons une révision de la cavité osseuse par un curetage

.../..

soigneux. Nous la comblons par une mèche iodoformée et nous saturons en 2 plans.

EXAMEN ANATOMO PAGHOLOGIQUE :

Formation tumorale constituée par une prolifération de fibres fibroblastiques, ponctuée d'ilôts de cément et de perles d'ivoire, aucune formation épithéliale reconnaissable ; l'aspect est évocateur d'un fibrome odontogénique sans aucun caractère de malignité.

.../..

Obsërvation n° 20 : FIBROME BIGARRE : FIBROHISTIOMYXOCHONDROM

Madame M. Tassadit, âgée de 60 ans, originaire de Sétif se présente au pavillon Lisfranc le 5 juin 1967 pour une gêne douloureuse à la mastication, accompagnée d'une tuméfaction mandibulaire du côté gauche.

L'anamnèse peu précise nous permet toutefois de remonter au stade de début de la maladie et nous révèle que le tableau clinique a été ouvert, il y a quelques mois, par des douleurs dont l'intensité a augmenté de jour en jour ; bientôt suivies d'une tuméfaction de la région mandibulaire gauche.

A l'examen clinique, nous notons d'emblée une importante asymétrie faciale, causée par la tuméfaction ; tuméfaction de la grosseur d'une mandarine occupant la région génienne basse du côté gauche.

L'inspection montre des téguments sains. La palpation peu douloureuse nous permet d'apprécier la consistance variable de la tumeur. En effet, si elle est dépressible par endroits, elle est, par contre, d'une dureté ligneuse en d'autres. Elle nous permet également de limiter de manière plus précise la tuméfaction qui s'étend de la commissure labiale gauche à l'angle mandibulaire en débordant, en bas, sur le bord basilaire.

Nous décelons enfin une adénopaghie sous-maxillaire gauche : petits ganglions, mobiles aussi bien sur les plans profonds que sous les plans cutanés. Les signes neurologiques sont négatifs.

A l'ouverture de la cavité buccale, on note une limitation à 2 travers de doigt. Ceci rend l'examen endo-buccal

.../..

malaisé, néanmoins nous pouvons juger de l'importance de la tumeur qui occupe totalement la branche horizontale gauche de la mandibule. Les deux tables osseuses interne et externe sont soufflées à tel point que la langue se trouve refoulée du côté opposé.

Le vestibule est comblé, tout ceci, entraine une dysphagie etune dysphonie.

La tumeur dont la palpation est rendue difficile par l'existence d'un trimus serré, est recouverte d'une muqueuse rouge, saignant au moindre contact.

L'état général de la malade n'est pas très atteint et nous demandons les examens complémentaires (radiographie - examens de sang) en vue d'une interventionn chirurgicale.

Les examens sanguins nous permettent de mettre à jour une anémie à 2.700.000 GR mais surtout de découvrir un diabète type I (2,79 g de glucose dans le sang).

Ceci nous oblige à reculer la date de notre intervention afin d'équilibrer notre malade.

L'examen radiographique et tomographique montre des zones radioclaires des zones plus opaques et des images en nids d'abeille. La tomographie montre des géodes cloisonnées rappelant celles des tumeurs à myéloplaxes.

Nous procédons donc dans un premier temps à la rééquilibration du patient en instituant un traitement à base d'insuline.

Cinq mois plus tard, le but est atteint, et nous faisons une biopsie afin de préciser notre diagnostic de tumeur

.../..

Observation 20 : Mme M. TASSADIT

Transformation sarcomateuse d'un fibrome bigarré. Aspect pommelé, ouaté, avec destruction osseuse à bords grignotés.

à myéloplaxe, alors posé ; en fait, l'anatomo-pathologiste découvre qu'il s'agit plutôt d'un histiofibromyxochondrome

Intervention :

C'est surtout une opération modelante. Elle permet sous anesthésie générale avec intubation naso-trachéale d'extirper la plus grosse partie de la tumeur endo-buccale ce qui permet une alimentation normale et la liberté des mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche.
Un mois après l'intervention la tumeur change de caractère ; elle évolue brusquement présentant une forme ostéolytique, mordant dans la mandibule et se développant à nouveau dans la cavité buccale.
La transformation maligne ne fait aucun doute, les mitoses apparaissent, l'état général décline. Les antimitotiques sont sans effet.

Exitus rapide.

Donc, après un temps assez long où les examens histologiques montrèrent l'existence d'une tumeur bénigne bigarrée, la transformation maligne se produisait emportant la malade.

.../..

OBSERVATIONS de FIBROMES OSSIFIANTS PUBLIEES EN 1962 PAR :

LAFFARGUE (P.), GUEDJ (P.) GARDEL (J.), STREIT (R.), FRANCOIS (H.) -ALGER-

Observation I

C.H... OUR..., jeune fille de 15 ans, entre au C.P.M.C. pour une tumeur du maxillaire reconnue comme ayant la taille d'un pois il y a 3 ans. Bon état général.

A l'examen : tumeur osseuse, régulière, de tout l'hémi-maxillaire et débordant la ligne médiane. Le plancher de la bouche reste souple.

Sur la radio : image en nid d'abeilles ou on remarque une grande cavité soufflée avec petits blocs ossifiés.

La pièce opératoire provenant d'une exérèse de la branche horizontale orientait le diagnostic vers une tumeur fibreuse paraissant peu ossifiée.

Histologie : tumeur assez homogène, formée de travées ostéoïd diversement orientées dans une substance fondamentale fibreuse. Ces travées sont assez denses mais les cellules qu'elles abriten n'ont pas encore l'aspect d'ostéocytes. L'ossification est peu avancée. On remarque, en bordure, quelques cellules pouvant passer pour des ostéoblastes. Elles sont peu nombreuses.

Conclusion : fibrome ossifiant.
Pas de récidive dans l'année qui a suivi.
Au total, tumeur bénigne composée essentiellement de travées ostéoïdes jeunes, très abondantes, dans un conjonctif fibro-blastique assez cellulaire.

.../..

Observation II : - Fibrome ossifiant, SA... Moussa (Dr. Guedj).

Clinique : ce malade est hospitalisé au centre anti-cancéreux de Constantine pour une volumineuse tumeur de la branche horizontale du maxillaire inférieur ; à gauche. Elle a subi un accroissement progressif et lent pendant plusieurs années pour atteindre actuellement le volume d'une grosse orange. Elle est dure, de consistance homogène, sessile. Son point de départ osseux ne fait cliniquement aucun doute. Une résection de la branche horizontale, avec désarticulation temporo-maxillaire, fut pratiquée.

Radiologie : très volumineuse tumeur, non limitée, détruisant la branche montante et une partie de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur. Elle n'est pas homogène. Certains foyers sont granités, d'autres, floconneux. La corticale a disparu. La prolifération s'étend vers les parties molles en longs spicules réguliers, en rayons de roue. Ces spicules, épais, denses, sont infléchis régulièrement. Ils n'ont pas l'aspect en feu d'herbe des spicules de l'ostéo-sarcome.

Anatomie pathologique : à la coupe, la tumeur se présentait sous forme d'une masse compacte, fibroïde, homogène, parfaitement limitée. L'aspect macroscopique plaide donc nettement en faveur d'une tumeur bénigne.

L'image histologique (n° 54.669) reproduit l'aspect classique de fibrome ossifiant : de vastes plages conjonctives plus ou moins collagénisées et les fibroblastes, d'une densité variable suivant les endroits. Les fibroblastes, jamais anormaux, se groupent en faisceaux orientés dans toutes les directions. La vascularisation est assez riche, faite de capillaires à endothélium continu. En de nombreux points, une ossification métaplasique produit des lamelles osseuses, irrégulières, sans bordure ostéoblastique. On assite même parfois à la différenciation d'une moelle fibroadipeuse entre les travées osseuses. Çà et là, quelques ilôts cartilagineux hyalins bordent les foyers osseux ou parsèment, isolés, le tissu néoplasique. Une lame conjonctive épaisse borde d'une manière régulière la tumeur.

Le diagnostic de fibrome ossifiant fut retenu. Une résection du maxillaire fut pratiquée. Le malade, après 3 ans est en bonne santé, avec une récupération fonctionnelle étonnante.

Au total, tumeur encapsulée, formée de travées osseuses, disposées assez régulièrement dans un conjonctif fibroblastique assez abondant ne contenant aucune cellule atypique. Malgré l'aspect en rayons de roue, malgré la disparition de la corticale, l'histologie confirme le diagnostic de tumeur bénigne : il s'agit d'un fibrome ossifiant. La corticale en effet, n'est pas rompue. Elle a disparu car la tumeur y a pris naissance. Cette forme corticale des fibromes ossifiants n'est pas admise par tous les auteurs. Elle nous paraît cependant démontrée par cette observation.

.../..

Observation III : c'était une tumeur très dense, considérée par le stomatologiste et le radiologue comme un ostéome.

Histologiquement, la tumeur est constituée par des lamelles osseuses, denses, épaisses et nombreuses, brodées d'ostéoblastes, contenant une moelle fibreuse pauvre. Classiquement, il s'agit bien d'un ostéome. Mais sa parenté histologique avec les précédents est évidente. Elle en est une réplique plus fortement ossifiée.

// O N C L U S I O N S

--*-

une série de transitions et que les récidives peuvent présenter un caractère de malignité.

A l'heure actuelle, la génèse de ces tumeurs n'est pas prouvée ; quelques théories essayent d'expliquer l'origine :

- théorie tumorale
- théorie dystrophique
- théorie hyperplasique doublée de métaplasie osseuse.

Les signes cliniques du fibrome ossifiant ne sont pas différents d'une quelconque tumeur bénigne des maxillaires.

Ce sont des sujets jeunes, parfois des enfants, qui en sont atteints avec une prédilection pour le sexe féminin.

La localisation la plus fréquente parait être la mandibule qui est envahie indifféremment dans sa partie basilaire ou alvéolaire.

L'évolution peut être rapide ou lente. Elle se déroule, parfois, à bas bruit, d'une façon latente, avec une symptomatologie discrète s'étendant sur 15 à 20 ans. L'ouverture de la bouche n'est pas gênée par la tumeur qui peut atteindre par la suite un volume considérable.

La muqueuse présente une coloration normale mais refoulée parfois amincie, jamais ulcérée. Le retentissement sur la denture se traduit par la mobilité et le déplacement des dents intéressées. La vitalité en est quelquefois respectée.

.../..

Nous avons remarqué dans une de nos observations que la barrière dentaire (canine inférieure) peut freiner un certain temps l'évolution de la tumeur alors que tout le bord alvéolaire mandibulaire était détruit, de la dent de sagesse à la canine.

Cette dernière entourée par un bloc osseux compact, intact avait obligé la tumeur à observer un temps d'arrêt.

L'évolution tumorale s'était alors effectuée sous l'apex et développée très largement dans la symphyse détruisant la corticale interne et projetant la langue vers le palais dur.

Il n'est pas douteux que des tumeurs fibreuses à tendance ostéogène, subissent dans leur évolution des influences produites par des barrières résistantes qui canalisent en quelque sorte leur expansion.

Les examens radiologiques surtout dans les formes denses peuvent orienter le diagnostic vers le fibrome ossifiant. Ils fournissent, en général, des images d'aspects variables d'où, toutefois, se dégage une image type : plages de raréfaction à contours faiblement ébauchés, séparées par des images de densification plus ou moins accentuées. Dans les formes anciennes, la limite de la tumeur est linéaire et bien marquée.

Le diagnostic devra être confirmé par l'examen histologique qui, au milieu d'une prolifération fibroblastique, montrera des plages de tissu osseux avec des ostéoblastes ainsi que des travées ostéoïdes arrondies et des ostéoclastes. Ces plages peuvent être riches en calcium.

Nous pensons qu'il existe une filiation entre fibrome ossifiant et l'ostéome.

Le traitement chirurgical doit être conservateur mais lorsque la tumeur présente une extension rapide, la résection peut être nécessaire surtout au maxillaire supérieur où son évolution vers les sinus postérieurs présente une analogie certaine avec le fibrome naso-pharyngie

A la mandibule, le curetage très appuyé est logique.

Si la résection est nécessaire, elle devra être suivie de prothèse intra-tissulaire et ensuite de greffe osseuse avec la crête de l'os iliaque.

Le traitement radiothérapique isolé a été quelquefois employé par l'école française. Mais la récidive a été notée ; il n'a pas été observé de transformation maligne après radiothérapie.

Le traitement combiné a été pratiqué à l'Institut Gustave Roussy et dans les pays anglo-saxons.

La roentgénthérapie succède au curatage ou à la résection chez les adultes. Des doses importantes dites cancéricides ont été administrées. Si elle est utile pour freiner les récidives tenaces et les formes évolutives ostéolytiques, la radiothérapie doit être à notre avis évitée chez les enfants et les adolescents par risque de transformation maligne.

.../..

Enfin, il est des cas où seule l'intervention modelante est à conseiller. Ce sont les formes où le préjudice esthétique peut être envisagé et où il n'existe pas de troubles fonctionnels.

Le fibrome ossifiant ne présente pas la gravité du fibrome pur qui dans les localisations maxillaires, est susceptible de récidiver et de se transformer en tumeur maligne.

-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-

BIBLIOGRAPHIE

ARMENIO (A) Su di caso di fibroma ossifiante del mascellare superiore. Revista italiana di stomatologie, 1953, 8, 600.

BATAILLE, BEAL, BUREAU, CERNEA, DESCROZAILLES, LAMBERT, PARENT : in Tumeurs des maxillaires. Conférences des Stomatologues des hôpitaux de Paris, 1952, MASSON et Cie, Ed. P. 1

BATAILLE (R.), VIGNEUL (J.C) - Fibrome du Maxillaire inférieur. Revue de Stomatologie, 1950, 51, 186.

BATAILLE (R.), VIGNEUL (J.C) - Quelques réflexions à propos des "Tumeurs à Myéloplaxes" - Acta Stomatologica Belgica, 1966, Vol 63, N° 2, 181.

BERNIER (J.L) - OSSIFYING FIBROMA - in a Manuel for the Différential Diagnosis or Oral Lesions, 1942, 115 - 119.

BERTRAND, FONTAINE (T.H), MOULONGUET - Ostéome Parathyroïdienne par adénome malin. La semaine des Hôpitaux de Paris, 1950, 26, 55.

BUREAU (P.), PARRET (J.) - Ostéopathies fibreuses des maxillaires. Revue Stomatologique (Paris) 1963, 54, 794 /

CACHIN (Y.), GERARD - MARCHANT (R.), MICHEAU (C.), VANDENBROUCK (G.) - Les fibromes ossifiants du Massif Facial (à propos d'une observation). La Presse Médicale I968, 9, 435.

CASAGRANDE (G.) - Il fibroma puro nei mascellari. Annali di stomatologia, I962, 8, 785.

CERNEA (P.) - Tumeurs d'origine non dentaire - in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Stomatologie I.

CERNEA (P.), MUGNIER (A.) - Adamantinomes - Améblostomes - Actualités Odonto-Stomatologiques, I953, 22, 129.

CERNEA (P.), Commissionat (Y.), DALBIGNAT (Y.) - Les Ostéomes du Condyle du Maxillaire Inférieur. Revue Belge Stomato, I956, 53, 131.

CHAMPION (A.H.R.), MOULE (A.W), WILKINSON (F.C) - Case report of endostéal fibroma of the mandible. British Dental Journal I949, 86, 3.

CHAPUT (Mme A.) - in Stomatologie, I967, E.D FLAMMARION.

COSTA (FERREIRA da) - A proposito dum ostéofibroma o maxilar superior. Jornal de estomatologia, I954, 1, (2), 4.

.../..

DECHAUME (M.), GRELLET (M.), PAYEN (J.), BONNEAU (M.) - Fibroblastomes Ossifiants de la Mandibule. La Revue de Stomatologie (Paris), 1959, 60, I.

DECHAUME (M.) - in Précis de Stomatologie, Ed. MASSON, 1947.

DECHAUME (M.), ALBEAUX-FERNET (M.), GELINET (M.), PAYEN (J.) A propos d'une observation de syndrome d'Albright - Presse Médicale (Paris), 1954, 62, 1787.

DELATER, BERCHER - De l'unité pathogénique des tumeurs des mâchoires. La Semaine Dentaire, 1923, 731-734.

DEPLANE (H.) - Contribution à l'étude des tumeurs à myéloplaxes osseuses des maxillaires (24 observations) Thèse Lyon, 1958, Bellecour, ED.

DOUNIAU (R.), SMEDT (F. de) - Propos sur les ostéomes. Revue de Stomatologie (Paris), 1963, 64, 130.

FARMER and LAWTON - in Stone's oral dental Diseases 1966, 944 et 953, Ed. E.S. LIVINGSTONE LTD, Edinburg and London.

GIRAUD, LELON, MOULONGUET - Les fibromes ossifiants multiples des maxillaires. Journal Français d'O.R.L et de chirurgie maxillo-faciale, 1961, vol 10, 6.

GESCHICKTER (E.F), COPELAND (M.) - In Tumors of bone. Lippincott, 1949.

GINESTET (G.), PALPER-SOLLIER (M.), PONS (J.), FREZIERES (H.) Atlas de technique opératoire. Chirurgie stomatologique et Maxillo-faciale, I963, vol I. 556 p. Paris Ed. Med. FLAMMARION.

GOH (S.W) - Endostéal fibroma of mandible. British dental Journal I954, 96, 141.

GOUIRIC (R.) et collab. Un cas de fibrome ossifiant du maxillaire inférieur - Revue .IO.S. ALGER I967, 4, 60.

GOUIRIC (R.), NAGY et collab : à propos du fibrome ossifiant Revue I.O.S ALGER, I967, 5, 72.

GOURIC (R.) BOUCHOUCHI (M.) - 3 cas de fibromes ossifiants. Bulletin d'odonto-stomatologie I969. - PARIS -

FREIDEL (C.H.), DUMAS (P.), DEPLANE (H.), MATHIEU (L.) et GRAILLE (R.) - A propos d'un cas de dysplasie fibreuse. Ann. Odonto-Stomatologique, I963, 20, 277.

HAMNER (J.E), GAMBLE (J.W), GALLEGOS (G.J) - Odontogénic fibroma Oral Surgeny, Oral Medecine and Oral Pathology I966, 21, (I), 113.

HESLOP (I.H) - Fibroma of the Mandible - Dental Practitionner and Dental Record, I959, vol, N° 5, 114.

.../..

JONATA (I.),-MANGIANTE (P.) - Il Fibromanon osteogenetico Della Mandibola - Stomatologica, I965, 2, 93.

LAFFARGUE (P.), GUEDJ (P.), GARDEL (J.), STREIT (R.), FRANCOIS (H.) - "Les tumeurs fibreuses des Maxillaires" ALGERIE MEDICALE, I962, 3, 209.

LATTES (A.), BATAILLE (R.) - Tumeurs bénignes des Maxillaires Etude Radiologique - Presse Médicale, I952, 60, 25

LESHIN (A.) - Monostotic Fibrous Dysplasia of Mandible. Oral Surgery, Oral Medecine and Oral Pathology - I952, 4, 1193.

LICHTENSTEIN (L.), JAFFE (H.L) - Fibrous dysplasia of Bone. Archives of Pathology, I942, 33, 777.

MAIN (D.M.G. - Fibroma of the Mandible. British Journal Of Oral Surgery, I966, 3, 172.

MANTOURI (B.), SEROR (J.) - A propos d'un cas d'ostéome ostéoïde. Constantine Médical, I965, 3, 221.

MARK (H.I) - Central Fibroma of the Mandible - In Oral Surgery Oral Medecine and Oral Pathology, I955, 4, 366.

MASSON - In Tumeurs Humaines, Ed. MASSON, I956.

.../..

MAYER (R.) - Une tumeur Rare des Maxillaires : le Fibrome Central - Acta Stomatologica Belgica, I964, 1, 81.

PALAZZI (S.), BARATIERI (A.) - A propos d'un cas de fibro-ostéome (ostéome fibro ostéoïde) du Maxillaire Supérieur - Revue française d'odonto-stomatologie, I960, 4. 647.

PARENT (M.), VIGNEUL (J.C) - Les tumeurs à tendance récidivante des maxillaires, cancers exceptés - In Rapport XVe Congrès français de Stomatologie - Paris, I957, MASSON et Cie, Ed. P.1.

PHEMISTER (P.B), GRIMSON (K.S) - Fibrous Ostéoma of the jaws. Annals of Surgery, I937, 105, 564.

RUPPE (C.H)- Ostéite Fibreuse des Maxillaires, Thèse, Paris I924.

RUSHTON (M.A) - Fibrous Dysplasia of bone British Dental Journal, I950.

SCHLUMBERGER (H.) - Fibrous dysplasie (Ossifying fibroma) of the jaws - Journal of Orthodontic and Oral Surgery, I946, 32, 579.

SEZE (S. de), DEBEYRE (J.), ORDONNEAU (P.), DJIAN (A.), MAZABRAUD (A.) - L'ostéome Ostéoïde Sem. Hop. PARIS, I955, 31, 1705.

SPITZER (R.) - A Case of Ossifying fibroma of the Maxillary Tuberosity associated with an unerupted ectopic Molar Oral Surgery, Oral Medecine and Oral Pathology I954, 1204.

THOMA (K.H), HOLLAND (D.J Ju), ROUNDS (Ch.E.) - Ossifying Fibroma of Mandible. American Journal of Orthodontics and Oral Surgery, I947, 353.

THOMA (K.H) - in Oral Pathology, a histological roentgenological and clinical study of the diseases of the teeth, jaws and mouth, I950, 3e ed., 1359, ed C.V MOSBY COMPANY, St. Louis.

VANDOOREN (J.), CARLIER (G.), DONAZZAN (M.), VANDENBUSSHE (F. Mlle), GOSSELIN (M.B) -
Fibrome non ossifiant et fibromyxomes centraux mandibulaires. Acta Stom. Belg. I968, 4, 419.

WARD, HENDRICK - In Tumors of the Head and Neck. I950, 364, Ed Williams and Wilkins, Baltimore.

WEINMANN (J.P), SICHER (H.) - In Bone and Bones, 2e Ed. I955, 390, Ed. C.V MOSBY Cie, Saint Louis.